

Assureur : Mutuelle Générale de Prévoyance et d'Assistance inscrite au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 384 513 073, régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité est agréée pour pratiquer les branches 1-2 (Accidents-Maladie). Siège social - 2 Bis, Avenue des Arawaks Immeuble EOLE VI 97200 FORT DE FRANCE.

PREAMBULE

Le présent règlement mutualiste a pour objet de définir les engagements entre la mutuelle, d'une part, et les assurés relevant des régimes salariés ou non-salariés, d'autre part, en ce qui concerne les garanties de complémentaire santé souscrites dans le cadre de contrats individuels. L'adhésion d'un membre participant au présent règlement entraîne obligatoirement, en application de l'article L. 221-3 du code de la mutualité, son affiliation au contrat collectif souscrit par la mutuelle en vue de lui faire bénéficier de garanties d'assistance en vigueur et dont les notices d'information sont remises séparément. Cette affiliation cesse en cas de résiliation de l'adhésion au présent règlement.

Les membres participants relevant des « régimes non-salariés » doivent être à jour du paiement des cotisations dues au titre de leurs régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse. L'adhésion de ces membres au présent règlement entraîne concomitamment leur adhésion à l'ANPPI, l'Association Nationale de Prévoyance des Professions Indépendantes en vue de bénéficier des déductions fiscales de leur cotisation sur leur revenu imposable, dites « loi Madelin ».

Ce règlement mutualiste Santé intervient également au profit des ressortissants français et leurs ayants droit résidant ou étant détachés à l'étranger dès lors qu'ils cotisent à la Caisse des Français de l'Etranger ou volontairement à un régime obligatoire de sécurité sociale.

Ce règlement mutualiste Santé est qualifié de « solidaire et responsable » au sens de la législation en vigueur. Il répond notamment à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale et à l'ensemble des textes d'application afférents à cet article.

Il répond aux exigences de l'article L.112-1 du code de la mutualité.

LEXIQUE

Membre participant / Adhérent : Les membres participants sont les personnes physiques résidant régulièrement sur le territoire français, qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle ils ont souscrit et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

Mutuelle : désigne la Mutuelle MGPA régie par le Livre 2 du code de la mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 384 513 073, et dont le siège social est 2 Bis, Avenue des Arawaks, Immeuble EOLE VI, 97200 Fort de France.

Assurés : l'adhérent et les ayants droit qu'il désigne sur le bulletin d'adhésion au présent règlement

Ayants droit : personnes désignées par l'adhérent sur le bulletin d'adhésion pour être garanties au titre du présent règlement.

Domicile : lieu de résidence ou adresse de l'adhérent précisé sur le bulletin d'adhésion.

Maladie : toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Accident : toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine, directe et exclusive d'une cause extérieure à l'assuré et non intentionnelle de sa part.

Hospitalisation : séjour en qualité de patient dans une clinique ou un hôpital public ou privé dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Régime obligatoire (RO) : régime légal de prévoyance sociale auquel est obligatoirement affilié l'assuré.

Base de remboursement (BR) : base tarifaire sur laquelle est calculé le remboursement des régimes obligatoires. On parle de :

- **Tarif de convention (TC)** : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- **Tarif d'autorité (TA)** : tarif fixé par les caisses des différents régimes obligatoires pour calculer le remboursement des honoraires de soins dispensés par les prestataires médicaux non liés par la convention nationale.
- **Tarif de responsabilité (TR)** : tarif retenu par le régime obligatoire pour le calcul des remboursements des médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Transport : Tout type de transport prescrit par un médecin en fonction de l'état de santé du malade ou de l'accident, et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, du lieu où la personne à transporter se situe, à la structure de soins.

Réclamant : adhérents (particuliers ou professionnels), anciens adhérents,

bénéficiaire, mandataires, ayant droits, personnes ayant sollicité de la mutuelle la fourniture d'un produit ou service ou qui ont été sollicitées par un professionnel.

Article 1 : Formalités d'adhésion

Le bénéfice des prestations est réservé aux assurés qui :

- sont affiliés à un régime d'assurance maladie obligatoire français,
- satisfont aux conditions d'admission fixées pour chaque option, notamment à la condition de limite d'âge à l'adhésion.

L'adhérent doit être âgé de 18 ans révolus à la souscription.

A cet effet, l'adhérent doit renseigner le bulletin d'adhésion et choisir l'une des garanties définies à l'annexe au présent règlement. Elle s'impose pour tous ses ayants droit.

Les ayants droit doivent avoir une des qualités suivantes :

- Le conjoint (époux légitime) : l'époux (se) du salarié, non divorcé(e) ou non-séparé(e) de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation,
- Le concubin reconnu tel que défini par l'article 515-8 du code civil, le partenaire tel que défini par l'article 515-1 du code civil, lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou les ascendants à charge au sens de l'article 196 A bis du CGI,
- Le ou les enfants à charge de l'adhérent.

Par enfant à charge, il faut entendre :

- Les enfants non-salariés de l'adhérent, âgés de moins de 21 ans figurant sur l'attestation sécurité sociale du membre participant ou celle de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis, dont il pourvoit aux besoins et assume la charge effective et permanente de leur entretien ou pour lesquels il verse une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement.
- Sont également concernés les enfants de moins de 26 ans :
 - assurés à titre personnel à un régime français obligatoire ou volontaire d'Assurance Maladie mais restant à la charge du membre participant ;
 - qui poursuivent leurs études,
 - qui sont en apprentissage, en contrat de professionnalisation, en contrat de formation, en alternance et perçoivent une rémunération mensuelle inférieure à 80% du SMIC mensuel en vigueur.

La situation du jeune doit être justifiée par un certificat de scolarité adressé chaque année au service Production de la mutuelle.

Les garanties cessent le 31 décembre à 23h59 de l'année au cours de laquelle les enfants atteignent l'âge limite d'adhésion indiqué ci-dessus.

- Sans limite d'âge, les enfants qui par suite d'infirmité ou de maladie incurable, sont atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80 % reconnu au sens de l'article L. 241.3 du code de la Famille et de l'Aide Sociale, à charge fiscalement.

Le dossier d'adhésion comprend :

- le bulletin d'adhésion à la mutuelle dûment complété, daté et signé,
- la fiche d'information et de conseil complétée, datée et signée,
- un justificatif d'identité (CNI ou passeport ou titre de séjour) valide,
- l'attestation du régime obligatoire et le cas échéant les attestations du régime obligatoire des bénéficiaires du contrat,
- un justificatif de domicile (fiscal) de moins de 3 mois (facture d'eau, d'électricité...)
- le règlement de la première cotisation suivant la périodicité choisie
- le mandat de prélèvement SEPA dûment complété, daté et signé, et un relevé d'identité bancaire du souscripteur,
- le formulaire d'autorisation de paiement des prestations par virement.

Le dossier d'adhésion comprend également, le cas échéant :

- le mandat de prélèvement SEPA dûment complété, daté et signé, et un relevé d'identité bancaire du tiers débiteur (si différent du titulaire du contrat),
- une attestation d'engagement dans les liens du mariage ou d'un PACS ou une attestation de concubinage,
- un certificat de scolarité pour les enfants à charge, assurés sociaux ou étudiants âgés de plus de 16 ans,
- tous justificatifs à la qualité de TNS (extrait de Kbis de moins de 3 mois, attestation RSI),
- le certificat de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie.

Ces documents peuvent être transmis par voie postale, remis en agence ou envoyés de manière dématérialisée. La souscription deviendra définitive à réception du dossier d'adhésion validé par la mutuelle et de l'encaissement de la 1^{ère} cotisation.

À leur demande expresse faite auprès de la mutuelle, les ayants droits mineurs de

plus de 16 ans peuvent être membres participants sans intervention de leur représentant légal, conformément à l'article L. 114-2 du code de la Mutualité et article 8 des statuts de la mutuelle.

Article 2 : Prise d'effet de l'adhésion / Prise d'effet et durée des garanties

L'adhésion à la mutuelle prend effet pour le membre participant et ses ayants droit à compter du 1^{er} jour du mois en cours si son affiliation est reçue par la mutuelle avant le 16, au 1^{er} du mois suivant dans le cas contraire. L'adhésion cesse au 31 décembre suivant sa date d'effet. Elle est ensuite renouvelée par tacite reconduction.

Les garanties prennent effet à compter de la date d'effet d'adhésion figurant sur le certificat d'adhésion, sous réserve de la fourniture de l'ensemble des pièces justificatives et de l'encaissement du 1^{er} versement de la cotisation par le débit immédiat du compte.

Les garanties sont annuelles et renouvelables par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

Le montant des garanties peut être revu en cours d'année par l'instance statutairement définie, dès lors que cette mesure est nécessaire au maintien des équilibres techniques de la mutuelle.

Article 3 : Faculté de renonciation

Tout adhérent qui a signé un bulletin d'adhésion au présent règlement a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée au siège social de la mutuelle, pendant un délai de trente jours (*) calendaires révolus à compter de l'acceptation de l'offre, soit à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Le courrier adressé à cet effet à la mutuelle peut être rédigé comme suit :

Madame, Monsieur le Directeur,

Conformément à l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, je souhaite exercer mon droit à la renonciation.

Par conséquent, je demande à la Mutuelle MGPA de me rembourser l'intégralité des cotisations dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la réception de la présente, et en contrepartie, je m'engage à rembourser les prestations éventuellement servies dans le même délai.

Je souhaite me rétracter de mon adhésion au contrat MGPA :

N° d'adhérent : __ Date de souscription : __

Nom et prénom de l'adhérent : __

Adresse de l'adhérent : __ Code Postal : __ Ville : __

Date : __ Signature : __

La mutuelle restitue alors la cotisation versée dans un délai maximal de trente jours calendaires à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

Par ailleurs, si des prestations ont été versées à l'adhérent dans le délai de renonciation celui-ci doit rembourser l'indu de prestation à la mutuelle et restituer la carte de tiers-payant.

(*) réduit à 14 jours en matière de démarchage et de vente à distance à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion)

Article 4 : Suspension et remise en vigueur des garanties.

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle d'en demander le paiement en justice, les garanties offertes peuvent être suspendues trente jours après la mise en demeure adressée à l'adhérent. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension des garanties, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Les garanties suspendues, sous réserve des stipulations de l'article 6 ci-après, reprennent leurs effets pour l'avenir, le lendemain - à midi - du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure, les fractions de cotisation venues à échéance pendant la période de suspension ainsi, éventuellement, que les frais de poursuites et de recouvrement.

Article 5 : Résiliation des garanties

5.1. Résiliation par le membre participant à la date d'échéance annuelle

Les garanties peuvent être résiliées dans les cas suivants :

- par l'adhérent au 1^{er} janvier de chaque année, à la condition d'avoir adressé à cet effet une lettre recommandée avec accusé de réception, tout autre support durable ou moyen précisé à l'article 5.3, à la mutuelle, au moins deux mois avant cette date, c'est-à-dire au plus tard le 31 octobre de l'année précédente ;

- par l'adhérent, chaque année, lors du renouvellement du contrat, dans les vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance, le cachet de la poste faisant foi (sur l'enveloppe reçue par l'adhérent à conserver et copie à joindre à votre demande) lorsque l'avis d'échéance annuelle lui est adressé moins de quinze jours avant la date limite d'exercice de son droit à dénonciation ;

- par l'adhérent à tout moment à compter de la date de reconduction, par lettre recommandée, sans pénalité, lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément à l'alinéa ci-dessus ;

5.2. Résiliation infra-annuelle

Les garanties peuvent être résiliées :

- par l'adhérent à tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat, sans frais ni pénalité, par l'une des modalités visées à l'article 5.3 ;

- par l'adhérent souhaitant résilier le règlement mutualiste pour souscrire un nouveau contrat, via son nouvel assureur qui effectuera les formalités par lettre recommandée ou par envoi recommandée électronique ;

La résiliation prend alors effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le membre participant ou par le nouvel organisme si un mandat lui a été confié. Le membre participant est tenu au paiement de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

5.3. Modalités de résiliation

La résiliation peut être effectuée au choix de l'adhérent :

- o soit par lettre ou tout autre support durable,
- o soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle,
- o soit par acte extrajudiciaire,
- o soit, lorsque la mutuelle propose l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication,

La mutuelle confirme par écrit la réception de la notification.

5.4. Résiliations exceptionnelles à l'initiative de la mutuelle ou de l'adhérent

Les garanties peuvent être résiliées :

- par la mutuelle en cas de défaut de paiement des cotisations, 40 jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par lettre recommandée avec accusé de réception ;

- par la mutuelle en cas de fausse déclaration intentionnelle, conformément aux dispositions en vigueur ;

- par la mutuelle ou l'adhérent lors d'une modification de sa situation (lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ne sont plus remplies, ou en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial et de profession ou en cas de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle ou en cas de bénéfice de Complémentaire Santé Solidaire (anciennement CMU-C)), en adressant une lettre recommandée dans les trois mois suivant la date de l'événement accompagnée des pièces justificatives, lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

Dans ce cas, la fin de l'adhésion prend effet un mois après la réception de sa notification.

La résiliation pour cause de CSS prend effet à la date figurant sur l'attestation d'ouverture des droits.

La mutuelle rembourse alors à l'adhérent la partie de la 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.

La mutuelle adresse les mises en demeure et notifie valablement les résiliations au dernier domicile connu de l'adhérent.

En cas de radiation de l'adhérent, les garanties sont automatiquement résiliées pour lui-même et ses ayants droit.

L'adhésion est résiliée de plein droit en cas de décès de l'adhérent, sous réserve de la notification à la mutuelle dans les 30 jours suivant l'événement

La mutuelle rembourse, prorata temporis, la partie de cotisation réglée correspondant à la période d'assurance non courue postérieure au décès. Le remboursement de cotisations pour une période non couverte s'effectue dans un délai maximal de trente jours à compter de la date de réception de la notification du décès.

Article 6 : Conséquences de la résiliation sur les droits aux prestations

Le droit aux prestations cesse à la date de prise d'effet de la résiliation, sauf lorsque

les conditions d'ouverture du droit à prestations étaient antérieurement réunies. La carte de tiers payant doit alors être restituée à la mutuelle. Toute utilisation de cette carte au-delà de la date d'effet de la résiliation serait frauduleuse.

En cas de décès de l'adhérent, les ayants droit continuent à bénéficier des garanties jusqu'à la fin du mois au cours duquel est survenu le décès. Le conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un PACS) survivant peut, ensuite, adhérer à titre personnel, selon les conditions définies par les statuts de la mutuelle et le présent règlement.

Article 7 : Prestations d'assurance complémentaire santé – Caractère solidaire et responsable

Les garanties santé proposées par la mutuelle sont « solidaires » car la mutuelle ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts, ni ne recueille aucune information médicale.

Dans le cadre du contrat responsable, la mutuelle applique strictement notamment les articles L.871-1 et R.871-1 du code de la sécurité sociale relatifs aux obligations de non prise en charge, ainsi que les dispositions de l'article R.871-2 de ce même code relatives aux obligations de prise en charge.

Les garanties sont exprimées par référence aux remboursements accordés par les régimes obligatoires d'assurance maladie, ou par référence aux forfaits accordés par la mutuelle dans le respect des dispositions relatives au contrat responsable mentionnées à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale.

En application de ces textes, en particulier :

→ Le contrat ne prend pas en charge :

- La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés ;
- Les majorations de la participation de l'assuré ou les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soin ;
- Les franchises médicales prévues par la réglementation en vigueur pour respecter les dispositions du contrat responsables.

→ Le contrat prend en charge

Sous les réserves susvisées, les prestations offertes par la mutuelle sont les remboursements, dans la limite des pourcentages et montants fixés selon la garantie choisie par le membre participant :

- soit en complément des prestations accordées par leur régime d'assurance maladie obligatoire, au titre des frais de soins nécessités par une maladie ou un accident garantis par la mutuelle,

- soit en couverture de frais résultant de soins dispensés en France en cas de maladie ou d'accident exclus des remboursements dudit régime et garantis par le présent règlement, dans les conditions précisées pour la garantie choisie.

Sous ces mêmes réserves, les prestations garanties se cumulent avec celles des régimes d'assurance maladie obligatoire et viennent en complément de celles-ci ou de celles de même nature qui pourraient être garanties aux assurés pour les mêmes dommages du fait de l'existence d'un autre régime d'assurance complémentaire maladie ou de prévoyance collective, sans que les bénéficiaires puissent recevoir une somme totale supérieure à 100 % de leurs débours.

Enfin, dans le cadre des garanties santé responsables, la mutuelle communique annuellement aux membres participants le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affecté aux garanties frais de santé, en pourcentage des cotisations afférentes à ce risque, selon les modalités réglementaires, ainsi que les ratios prestations/cotisations (P/C) visés par l'arrêté du 6 mai 2020.

Article 8 : Modification de garantie

Le changement de garantie est possible dans la limite des conditions d'admission. La demande doit être effectuée par écrit et le changement de garantie prend effet dans les conditions visées à l'article 2 (hors RIA) moyennant la réception de la complétude des pièces justificatives.

Les changements pour une gamme inférieure ou supérieure ne sont autorisés qu'après une durée minimale de contrat de 12 mois. La durée de maintien dans cette nouvelle garantie devra également être d'au minimum 12 mois.

Pour être admis, il faut :

- remplir la condition d'âge fixée par garantie, à la date d'effet du changement de garantie retenue ;
- être à jour de ses cotisations.

Le changement de garantie s'appliquera obligatoirement pour tous les bénéficiaires du contrat et fera l'objet de la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion. Les limites et franchises annuelles déjà consommées au moment du changement demeureront applicables.

Article 9 : Tiers payant

Les assurés peuvent bénéficier du tiers payant dans le cadre des conventions conclues à cet effet entre la mutuelle et les établissements hospitaliers ou les professionnels de santé, ou dans le cadre fixé par la réglementation en vigueur.

Article 10 : Conditions du remboursement des frais médicaux

Pour obtenir le règlement des prestations d'assurance complémentaire maladie et à défaut d'application de la télétransmission, le membre participant doit en faire la demande à la mutuelle, accompagnée de tous les documents originaux justifiant des frais engagés et précisant la date et la nature des soins :

- les décomptes originaux des prestations du régime obligatoire,
- les originaux des factures acquittées des établissements hospitaliers, notes d'honoraires des chirurgiens,
- les notes d'honoraires et autres factures des frais acquittés justifiant les dépenses réelles.

Pour certaines prestations, la mutuelle se réserve le droit de demander communication de l'ordonnance.

Les montants des prestations induites seront prélevés par la mutuelle sur les prochains remboursements. Lorsque le montant du remboursement effectué par la mutuelle s'avère inférieur à la somme due, la mutuelle régularisera au prochain paiement.

Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire.

Article 11 : Risques exclus

Sont exclus des garanties, les dépenses ci-après énumérées :

- les dépenses de chirurgie esthétique ou résultant de toute pratique visant à la transformation du corps, sauf s'ils sont consécutifs à un accident et à une maladie et sont également pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie ;
- les dépenses relatives à toute forme de cure (rajeunissement, thalassothérapie, etc...) autre que les cures thermales prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie ;
- les dépenses se rapportant à toute forme de thérapie psychologique ou comportementale ne relevant pas de l'activité d'un médecin spécialiste ;
- les dépenses relatives à toutes prestations réalisées par des personnes dont la profession n'entre pas dans la liste des professions réglementées mentionnées dans le code de la santé publique.

Article 12 : Modification de la situation des assurés

Les modifications dans la situation des assurés (en cas de changement de profession, de cessation, de changement de domicile, de banque, de régime obligatoire de sécurité sociale, mariage, PACS, concubinage, divorce, ...) sont portées à la connaissance de la mutuelle, par l'adhérent et par support écrit (voie postale et via son extranet adhérents), au plus tard dans les trois mois suivant l'événement. Elles sont prises en compte uniquement à la date de réception de cette lettre ou de cette déclaration et sous réserve de la fourniture des justificatifs nécessaires.

L'ajout d'un ayant-droit est pris en compte le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande. Néanmoins, si cet ajout fait suite à un mariage, à la naissance ou à l'adoption d'un enfant, la modification prend effet au 1^{er} jour de l'événement sous réserve d'une demande faite dans les trois mois suivant l'événement.

Pour tout évènement déclaré à compter du 91^{ème} jour, la modification prend effet selon la date de réception de la demande et ses justificatifs joints à savoir, à compter du 1^{er} jour du mois en cours si réception par la mutuelle avant le 16, au 1^{er} du mois suivant dans le cas contraire.

Article 13 : Fixation des cotisations – Modification des montants ou des taux

La cotisation est déterminée à la souscription en fonction de la formule de garantie choisie, de la composition familiale et de l'âge des assurés, qui se calcule en faisant la différence entre l'année de prise d'effet de l'adhésion et l'année de naissance, l'âge étant apprécié au 1^{er} janvier de l'année en cours, pour toute adhésion jusqu'au 15 décembre de l'année en cours. L'adhérent qui adhère après le 15 décembre, se voit appliquer le tarif du 1^{er} du mois suivant.

La cotisation de la garantie Frais de santé n'est pas fixée en fonction de l'état de santé ou de la nature de l'emploi, ou du sexe du membre participant.

A partir du 3^{ème} enfant à charge de moins de 21 ans (ou moins de 26 ans dans les conditions de l'article 1) affilié en qualité d'ayant-droit, l'adhérent bénéficie de la gratuité du tarif correspondant pour chaque enfant déclaré à la mutuelle.

Elle est annuelle et payable d'avance.

La cotisation inclut entre autres :

- les prélèvements sociaux destinés aux organismes fédérateurs et autres,
- les taxes étatiques.

Les montants ou taux de cotisations peuvent être révisés pour l'année suivante en fonction des résultats techniques et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé, par l'instance statutairement définie. En outre, ils peuvent être réactualisés en cours d'année en fonction des modifications des niveaux de remboursement du régime obligatoire, des créations ou modifications de taxes étatiques en cours

d'année ou, dès lors que cette mesure est nécessaire à l'équilibre technique de la mutuelle.

En cas d'adhésion en cours d'année, les cotisations ne seront dues qu'au prorata de la période restant à courir.

Ajustement de la cotisation, en cas d'ajout ou de sortie d'ayant droit :

La cotisation sera ajustée en conséquence, à compter de la date d'effet de l'adhésion. S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à la mutuelle, conformément aux dispositions de l'article 14. S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de cotisation à compenser.

Article 14 : Paiement des cotisations

La cotisation est appelée par année civile, au 1er janvier ou pour les nouveaux membres participants à partir de la date de prise d'effet de l'adhésion. Toutefois cette cotisation annuelle peut être fractionnée et payable mensuellement, trimestriellement, semestriellement, selon les modalités fixées par le bulletin d'adhésion.

Le prélèvement automatique est obligatoire, quel que soit le fractionnement choisi. Les impayés de prélèvement pourront être régularisés par carte bancaire ou par chèque auprès de nos agences ou par l'extranet de la mutuelle.

En cas de non-régularisation de l'impayé, la mutuelle pourra poursuivre le recouvrement comme indiqué à l'article 4. Aux frais de rejet, pourront s'ajouter les frais de recouvrement et intérêts de retard qui seront imputés sur le compte cotisant du membre participant.

Article 15 : Suspension en cas de service national

Durant les périodes d'activité du service national, les adhérents sont dispensés du paiement de leurs cotisations à la mutuelle. Ils ne peuvent prétendre aux prestations de celle-ci mais ils bénéficient à nouveau, dès la fin de leur service national, de leurs droits, dès lors qu'à partir de cette date ils s'acquittent des obligations qui leur incombent, à savoir payer sa cotisation, fournir un « certificat de présence au corps » et tout justificatif de changement de situation.

Article 16 : Subrogation

Lorsque les prestations ont été entraînées par un accident, l'adhérent doit informer la mutuelle afin que celle-ci puisse engager les éventuels recours contre les tiers responsables.

La mutuelle est subrogée dans les conditions prévues par le code de la mutualité et jusqu'à concurrence des prestations qu'elle a versées, dans les droits et actions des adhérents ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par l'organisme mutualiste n'indemnisent ces éléments de préjudice.

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

Article 17 : Prescription

Les demandes de paiement des prestations et toutes actions dérivant de la présente adhésion sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui en a donné naissance.

Les erreurs relatives au montant des cotisations, lorsqu'elles sont le fait de la mutuelle et qu'elles sont en faveur ou en défaveur de l'adhérent, peuvent donner lieu à reversement pendant un délai de deux ans à compter de l'événement qui lui a donné naissance.

Ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'assuré contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription peut être interrompue par :

- Désignation d'expert ;
- Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'assuré en ce qui concerne le règlement d'une prestation ;
- Toute autre cause ordinaire telle qu'une demande en justice, même en référé, une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

Article 18 : Autorité de contrôle

La mutuelle MGPA est soumise au contrôle administratif de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris.

Article 19 : Protection des données personnelles

Les données à caractère personnel collectées font l'objet d'un traitement numérique dont le responsable de traitement est la mutuelle. Ces données collectées sont nécessaires à la passation, l'exécution et la gestion du contrat et également pour la prospection commerciale, l'élaboration des statistiques et études actuarielles, l'exercice des recours et gestion des réclamations et contentieux, la mise en œuvre de dispositifs de contrôles notamment en matière de lutte contre la fraude, le blanchiment de capitaux et la corruption.

Elles sont destinées à la mutuelle ainsi qu'aux prestataires externes habilités par le responsable de traitement et agissant dans le cadre de leurs habilitations. Elles ne peuvent faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. Les données seront conservées pendant toute la durée du contrat majorée des délais légaux de prescription en vigueur.

Conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données à caractère personnel, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement et de portabilité de vos données, du droit de fournir des instructions sur le sort réservé à vos données post-mortem, que vous pouvez exercer auprès du délégué à la protection des données (DPO) : à l'adresse électronique suivante donneespersonnelles@mutuellemgpa.fr ou à l'adresse postale suivante Mutuelle MGPA – DPO, 2 Bis avenue des Arawaks Immeuble EOLE VI, 97200 Fort-de-France, en joignant à sa demande une copie recto-verso de sa pièce d'identité.

En cas de difficulté en lien avec la gestion de vos données personnelles, vous pouvez adresser une réclamation auprès du délégué à la protection des données personnelles ou auprès de la CNIL ou de toute autre autorité compétente.

Article 20 : Loi applicable

Les relations contractuelles et précontractuelles sont régies par la loi française. La mutuelle s'engage à utiliser la langue française pendant la durée du contrat.

Article 21 : L'examen des réclamations

En cas de réclamation, le réclamant peut à tout moment adresser une demande écrite au Service Qualité de la MGPA, à : Service Qualité de la MGPA, 2 Bis, Avenue des Arawaks Immeuble EOLE VI, 97200 FORT DE FRANCE, ou par courriel à l'adresse suivante : reclamation@mutuellemgpa.fr.

En cas de désaccord, le réclamant pourra faire appel au Médiateur dont la mutuelle lui indiquera les coordonnées sur simple demande.

Article 22 : Lutte contre le Blanchiment de Capitaux, le Financement du Terrorisme (LCB-FT) et lutte contre la Fraude

La mutuelle se doit de connaître au mieux ses adhérents. Aussi, afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme (LCB-FT) et la lutte contre la fraude, elle est fondée, à la souscription, pendant la vie du contrat et chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux adhérents certaines informations complémentaires, telles que la justification de l'origine des fonds versées à la mutuelle à titre de paiement de leurs cotisations lorsque leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil.

Le membre participant s'engage à fournir toute information et toute pièce justificative nécessaire au respect desdites obligations.

Les demandes d'information et de pièces justificatives peuvent être formulées par la Mutuelle au moment de la souscription et durant toute la durée de la relation contractuelle.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au moment du versement des prestations, la mutuelle met en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à ce que les éléments lui soient transmis.

En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent, ce dernier est informé des fautes qui lui sont reprochées et invité à fournir des explications ; la mutuelle peut prononcer ensuite l'annulation des droits aux prestations qui ont fait l'objet de la fraude sans préjudice des éventuelles poursuites à engager pour le recouvrement des sommes indûment payées. Les cotisations demeurent intégralement dues.

Article 23 : Ecoutes et enregistrements téléphoniques

Des écoutes et enregistrements des conversations téléphoniques via le SVI (serveur vocal interactif) de la mutuelle sont susceptibles d'être effectués pour des raisons

de formation et d'évaluation de son personnel, d'amélioration de la qualité et de prévention des litiges, pour servir de preuves à l'établissement d'un contrat ou à l'accomplissement d'une transaction (paiement à distance, vente à distance). L'assuré est informé du dispositif d'écoute et d'enregistrement au préalable à la conversation et peut s'y opposer en le signalant au téléconseiller lors des contacts téléphoniques. Seules les personnes habilitées par la mutuelle ont accès aux écoutes et enregistrements. Les informations enregistrées sont conservées pour une durée de 6 mois maximum. Les documents d'analyse et de contrôle établis dans le cadre des écoutes et enregistrements sont conservés pour une durée d'un an maximum.

ADDITIF AU REGLEMENT MUTUALISTE SANTE : CONDITIONS GENERALES DE VENTE A DISTANCE PAR INTERNET (Voir document joint)