

Le présent contrat est constitué des documents suivants :

- > Les conditions générales valant notice d'information qui définissent les conditions d'application du contrat instaurant un régime de remboursement complémentaire collectif facultatif des frais de santé.
- > Les bulletins individuels d'adhésion des travailleurs non-salariés, qui précisent les différentes garanties choisies, les modalités de paiement des cotisations.
- > Les statuts et le règlement intérieur d'Eovi-Mcd mutuelle.

## SOMMAIRE

<b>LEXIQUE</b> .....	<b>3</b>
----------------------	----------

### CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

<b>ARTICLE 1 – OBJET</b> .....	<b>3</b>
<b>ARTICLE 2 – NOTIFICATION DE LA MODIFICATION</b> .....	<b>3</b>
ARTICLE 2.1 ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES .....	4
<b>ARTICLE 3 – REMISE DE LA NOTICE D'INFORMATION</b> .....	<b>4</b>
<b>ARTICLE 4 – ADHÉSION</b> .....	<b>4</b>
ARTICLE 4.1 – CONDITIONS D'ADHÉSION .....	4
ARTICLE 4.2 – MODALITÉS D'ADHÉSION .....	4
ARTICLE 4.3 – FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE À DISTANCE .....	4
<b>ARTICLE 5 – BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES</b> .....	<b>5</b>

### CHAPITRE II - LES GARANTIES

<b>ARTICLE 6 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES</b> .....	<b>5</b>
<b>ARTICLE 7 – DROIT AUX PRESTATIONS</b> .....	<b>5</b>
<b>ARTICLE 8 – LIMITATION</b> .....	<b>5</b>
<b>ARTICLE 9 – GARANTIES OPTIONNELLES</b> .....	<b>5</b>
<b>ARTICLE 10 – MODIFICATION DE LA GARANTIE</b> .....	<b>5</b>
<b>ARTICLE 11 – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS</b> .....	<b>6</b>
ARTICLE 11.1 – TIERS PAYANT .....	6
ARTICLE 11.2 – LE RELEVÉ DE PRESTATIONS .....	6
ARTICLE 11.3 – SOINS RÉALISÉS OU FACTURÉS À L'ÉTRANGER .....	6
ARTICLE 11.4 – ACCIDENT .....	6
<b>ARTICLE 12 – LES EXCLUSIONS</b> .....	<b>7</b>

### CHAPITRE III - LA CESSATION DES GARANTIES

<b>ARTICLE 13 – RÉSILIATION</b> .....	<b>7</b>
ARTICLE 13.1 – RÉSILIATION ANNUELLE .....	7
ARTICLE 13.2 – RÉSILIATION À TITRE EXCEPTIONNEL .....	7
ARTICLE 13.3 – RADIATION EN CAS DE DÉCÈS .....	7
ARTICLE 13.4 – EXCLUSION EN CAS DE DÉFAUT DE PAIEMENT .....	7
ARTICLE 13.5 – EXCLUSION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION .....	7
<b>ARTICLE 14 – DATE D'EFFET DE LA CESSATION DE LA GARANTIE</b> .....	<b>8</b>

### CHAPITRE IV - DISPOSITIONS CONCERNANT LES COTISATIONS

<b>ARTICLE 15 – STRUCTURE ET MONTANT DE LA COTISATION</b> .....	<b>8</b>
<b>ARTICLE 16 – FIXATION ET ÉVOLUTION DES COTISATIONS</b> .....	<b>8</b>
<b>ARTICLE 17 – BÉNÉFICE CMU-C</b> .....	<b>8</b>
<b>ARTICLE 18 – GARANTIES COMPLÉMENTAIRES</b> .....	<b>8</b>
ARTICLE 18.1 – GRATUITÉ DE COTISATION À PARTIR DU 3 <sup>E</sup> ENFANT .....	8
ARTICLE 18.2 – GRATUITÉ NOUVEAU-NÉ ET ENFANT ADOPTÉ .....	8
ARTICLE 18.3 – GARANTIE "ASSISTANCE" ET "SERVICE AUX PERSONNES" .....	8
<b>ARTICLE 19 – PAIEMENT DES COTISATIONS</b> .....	<b>8</b>
<b>ARTICLE 20 – DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS</b> .....	<b>9</b>

## CHAPITRE V - DISPOSITIONS DIVERSES

<b>ARTICLE 21 – NULLITÉ EN CAS DE RÉTICENCE OU FAUSSE DÉCLARATION</b> .....	9
<b>ARTICLE 22 – MÉDIATION</b> .....	9
<b>ARTICLE 23 – FORCLUSION</b> .....	9
<b>ARTICLE 24 – PRESCRIPTION</b> .....	9
<b>ARTICLE 25 – SUBROGATION</b> .....	9
<b>ARTICLE 26 – CONTRÔLE MÉDICAL ET TECHNIQUE</b> .....	9

<b>ARTICLE 27 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS</b> .....	10
<b>ARTICLE 28 – FONDS D'ACTION SOCIALE</b> .....	10
ARTICLE 28.1 – OBJET DU FONDS D'ACTION SOCIALE .....	10
ARTICLE 28.2 – BÉNÉFICIAIRES DES AIDES .....	10
ARTICLE 28.3 – FINANCEMENT DU FONDS SOCIAL .....	10
ARTICLE 28.4 – NATURE DES AIDES .....	10
<b>ARTICLE 29 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE</b> .....	10

**Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) :**

Assiette servant de base de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

**Contrat Solidaire :** Contrat ayant pour objet le remboursement de frais de Santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes couvertes.

**Contrat Responsable :** Contrat ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application.

**Membres participants :** personnes adhérentes qui bénéficient et font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle.

**Régime obligatoire :** Tout régime d'assurance maladie légalement obligatoire.

**Ticket Modérateur :** Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Interviennent au contrat :

- > Le souscripteur: il s'agit de l'association souscriptrice (L'Association nationale de prévoyance des professionnels indépendants ANPPI), qui souscrit le contrat pour la totalité de ses membres ;
- > Les membres participants: il s'agit des adhérents à l'association souscriptrice assurés par le présent contrat ;
- > Les bénéficiaires: il s'agit des personnes exposées aux événements garantis par le contrat ;
- > La Mutuelle: il s'agit d'Eovi-Mcd mutuelle qui garantit le risque souscrit.

Le contrat est souscrit entre :

L'association ANPPI

125 avenue de Paris 92327 CHATILLON CEDEX

association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901

Et

Eovi-Mcd mutuelle

44, rue Copernic - CS 11709

75773 PARIS Cedex 16

soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 317 442 176

**ARTICLE 1 – OBJET**

Les présentes conditions générales valant notice d'information ont pour objet de décrire la garantie et prestations accordées au titre du présent contrat.

Le contrat a pour objet, selon les présentes conditions générales, et en fonction de l'option choisie, de compléter dans la limite maximum des frais réellement exposés, les prestations versées à l'occasion d'une maladie ou d'un accident par le régime obligatoire de Sécurité sociale dont relève le membre participant et leurs ayants droit.

Il s'inscrit dans le cadre de la loi n°94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin » repris par l'article L 140-1 du Code des assurances. Il est susceptible d'ouvrir droit au bénéfice de l'article 154 bis du Code général des impôts et répond aux critères du « contrat responsable » au sens de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application.

Les prestations procurées par la garantie sont précisées dans le tableau descriptif de ces dernières.

Le contrat est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit auprès d'Eovi-Mcd mutuelle.

Les membres du souscripteur affiliés au contrat acquièrent la qualité de membre participant de la Mutuelle conformément à l'Article L.221-2.III du Code de la mutualité.

Les membres participants sont représentés à l'Assemblée générale d'Eovi-Mcd mutuelle, conformément à l'article L.114-6 du Code de la mutualité, selon les dispositions statutaires d'Eovi-Mcd mutuelle.

La Mutuelle ne peut instituer entre ses membres participants de différences de cotisations que si elles sont justifiées par le revenu, la durée d'appartenance à la Mutuelle, le régime obligatoire d'affiliation, le lieu de résidence, le nombre d'ayants droit ou l'âge des membres, dans le respect des dispositions légales. S'agissant des prestations, la Mutuelle ne saurait instaurer de différences qu'en raison des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés.

**ARTICLE 2 – NOTIFICATION DE LA MODIFICATION**

Conformément aux dispositions du Code de la mutualité, toute modification des statuts et règlements décidée par l'Assemblée générale de la Mutuelle est portée à la connaissance des membres participants.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celles-ci au membre participant. Ces modifications leur sont opposables dès leur notification.

## ARTICLE 2.1 – ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES

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

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

## **ARTICLE 3 – REMISE DE LA NOTICE D'INFORMATION**

Le souscripteur doit remettre à chaque membre participant un exemplaire du présent document valant notice d'information établie par Eovi-Mcd mutuelle qui définit la garantie, les prestations garanties et leur modalité d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de demande de remboursement ainsi que les statuts d'Eovi-Mcd mutuelle.

Cette notice définit les garanties du contrat, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir afin d'obtenir les prestations, ainsi que toute nullité, échéance, prescription, exclusion ou limitation de garantie.

Le souscripteur doit informer chaque membre participant, en lui remettant une notice établie à cet effet par Eovi-Mcd mutuelle, de toute modification apportée à leurs droits et obligations.

## **ARTICLE 4 – ADHÉSION**

### ARTICLE 4.1 – CONDITIONS D'ADHÉSION

Peuvent adhérer au contrat emportant adhésion à la Mutuelle, les personnes remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- Exercer une activité non salariée ;
- Relèver d'un régime obligatoire d'assurance maladie français.

### ARTICLE 4.2 – MODALITÉS D'ADHÉSION

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

Le signataire du bulletin d'adhésion acquiert la qualité de membre participant de la Mutuelle à compter de la date d'effet de son adhésion.

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

Le membre participant bénéficie des prestations

afférentes aux garanties auxquelles il a adhéré et y ouvre droit à ses ayants droit.

Tout changement concernant l'état civil, le domicile ou la situation familiale du membre participant ou de l'un des ayants droit doit être signalé à la Mutuelle dans un délai de trois (3) mois à compter de la survenance de l'évènement.

L'adhésion au contrat est annuelle à tacite reconduction. Toutefois, elle peut prendre fin dans les conditions prévues au chapitre III du présent règlement.

## ARTICLE 4.3 – FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE À DISTANCE

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

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

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

Je soussigné(e)

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse complète du membre participant :

.....

.....

.....

déclare faire usage de la faculté qui m'est accordée par l'article L. 221-18 du Code de la mutualité de renoncer à mon adhésion au contrat complémentaire santé n°..... et, en conséquence, vous prie de me rembourser les sommes versées à ce titre dans la limite des dispositions contractuelles.

À ..... le ...../...../.....

Signature du membre participant.

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

#### **ARTICLE 5 - BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES**

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

- Le membre participant ;
- Les ayants droit du membre participant.

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

- A - Les conjoints, concubins et partenaires liés au membre participant par un pacte civil de solidarité.
- B - Les enfants légitimes, naturels ou adoptifs du membre participant et/ou des personnes définies au A, jusqu'à 25 ans, non mariés, ne vivant pas en concubinage, non chargés de famille ; ou jusqu'à 28 ans et justifiant de la poursuite de leur études ou de leur inscription à Pôle emploi et à charge fiscalement.
- C - Les enfants handicapés légitimes, naturels ou adoptifs du membre participant ou des personnes définies au A, titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, quel que soit leur âge, et à charge fiscalement.
- D - Toute personne prise en charge par la couverture du régime obligatoire du membre participant ou par celle des personnes définies au A.

## **CHAPITRE II LES GARANTIES**

#### **ARTICLE 6 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES**

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

#### **ARTICLE 7 – DROIT AUX PRESTATIONS**

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

#### **ARTICLE 8 – LIMITATION**

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

#### **ARTICLE 9 – GARANTIES OPTIONNELLES**

Si la garantie le prévoit, l'adhérent peut choisir des garanties optionnelles "renforts" pouvant être cumulables. Ces renforts optionnels s'appliquent à l'ensemble des bénéficiaires.

Les garanties optionnelles, si elles sont souscrites au moment de l'adhésion, prennent effet en même temps que la garantie de base. Si elles sont souscrites ultérieurement, la prise d'effet des renforts est fixée au 1<sup>er</sup> janvier suivant.

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

#### **ARTICLE 10 – MODIFICATION DE LA GARANTIE**

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

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

- À un changement de régime obligatoire ;
- À des prestations légales perçues (par exemple : bénéfice ou perte de la couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C]) ;
- À la situation familiale (vie en couple, séparation, naissance, adoption, ayants droit n'étant plus à charge, décès).

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

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

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

## **ARTICLE 11 – RÉGLEMENT DES PRESTATIONS**

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes obligatoires d'assurance maladie, ou à défaut sur la facture du prestataire.

Les soins survenus, les séjours hospitaliers et traitements réalisés antérieurement à la date d'ouverture du droit aux prestations des bénéficiaires ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

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

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

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

### **ARTICLE 11.1 – TIERS PAYANT**

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

### **ARTICLE 11.2 – LE RELEVÉ DE PRESTATIONS**

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

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

## **ARTICLE 11.3 – SOINS RÉALISÉS OU FACTURÉS À L'ÉTRANGER**

Pour les prestations réalisées à l'étranger (actes, soins, séjours, honoraires, transports, locations ou achats de produits...), la Mutuelle intervient en complément d'une prise en charge effective du régime français de Sécurité sociale au titre des "soins à l'étranger".

La Mutuelle peut intervenir également en complément d'un régime étranger de Sécurité sociale, soit dans le cadre de l'utilisation de la carte européenne d'assurance maladie, soit dans le cadre de conventions établies entre la France et les pays membres de l'Union Européenne (UE) ou hors UE.

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

### **ARTICLE 11.4 – ACCIDENT**

La Mutuelle intervient pour tous les actes non exclus à l'article 12 consécutifs à un accident, qu'il s'agisse d'un accident de droit commun ou du travail.

À cet effet, le membre participant doit adresser, sous peine de déchéance, une déclaration circonstanciée précisant le nom et l'adresse du tiers en cause, les coordonnées de sa compagnie d'assurance, ainsi que celles des forces de police ayant procédé, le cas échéant à un constat.

Le membre participant couvert pour le même risque, par une autre mutuelle, une compagnie d'assurance ou un autre organisme de prévoyance doit en informer la Mutuelle. Dans ce cas, les prestations ne sont versées qu'à titre complémentaire, sans que le membre participant puisse recevoir un montant supérieur à celui des débours réels.

Le membre participant doit informer la Mutuelle de toute instance engagée, pénale ou civile et de ses intentions.

La Mutuelle peut être partie à la procédure si elle le juge nécessaire.

Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et la victime ne peut être opposé par cette dernière à la Mutuelle, qu'autant que celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée et il ne devient définitif que quinze (15) jours après l'envoi de cette lettre.

Le membre participant doit également informer la Mutuelle de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant définitif et n'étant opposable à la Mutuelle qu'autant que cette dernière aura donné son accord.

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

## ARTICLE 12 – LES EXCLUSIONS

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

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

En outre, à moins qu'ils ne soient pris en charge par le régime obligatoire du membre participant, ne sont pas garantis les remboursements d'actes, soins, hospitalisations, traitements, opérations ou autres découlant d'un événement caractérisant un cas de force majeure. Constitue un cas de force majeure tout événement imprévisible et irrésistible. Cela comprend notamment : les faits de guerre civile ou étrangère, d'attentats, d'émeutes, d'insurrections, d'actes de terrorisme, d'interventions dans le cadre d'opérations internationales ; les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux de l'atome ou de radioactivité, ainsi que des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules.

Les exclusions ne sauraient faire obstacle au dispositif prévu pour que le contrat soit responsable.

## CHAPITRE III LA CESSATION DES GARANTIES

### ARTICLE 13 – RÉSILIATION

#### ARTICLE 13.1 – RÉSILIATION ANNUELLE

Conformément aux dispositions de l'article L.221-10 du Code de la mutualité, le Membre participant ou le souscripteur peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au moins deux (2) mois avant la date d'échéance.

La résiliation ne peut prendre effet qu'au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année. Aucune résiliation n'est donc possible en cours d'année, à l'exception de celles autorisées

par le Code de la mutualité ou le présent contrat. Elle est soumise au respect d'un préavis de deux (2) mois avant la date d'échéance et doit donc être expédiée au plus tard le 31 octobre de l'exercice. Elle s'applique à tous les bénéficiaires de la garantie.

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

#### ARTICLE 13.2 – RÉSILIATION À TITRE EXCEPTIONNEL

Il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle, si le membre participant apporte la preuve qu'un accord d'entreprise, une convention collective ou une décision unilatérale de l'employeur impose son affiliation obligatoire à un autre organisme.

Dans ce cas, la démission du membre participant sera enregistrée et deviendra effective au premier jour du mois qui suit la réception de la lettre recommandée accompagnée d'une copie du bulletin de salaire et d'une attestation de l'employeur.

Cette résiliation entraînera la radiation des bénéficiaires.

#### ARTICLE 13.3 – RADIATION EN CAS DE DÉCÈS

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

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

#### ARTICLE 13.4 – EXCLUSION EN CAS DE DÉFAUT DE PAIEMENT

La Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant en cas de non-paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions fixées par l'article 20 du présent contrat.

#### ARTICLE 13.5 – EXCLUSION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

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

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

## **ARTICLE 14 – DATE D’EFFET DE LA CESSATION DE LA GARANTIE**

Les garanties cessent à la date d’effet de la résiliation, radiation ou exclusion.

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

## **CHAPITRE IV DISPOSITIONS CONCERNANT LES COTISATIONS**

### **ARTICLE 15 – STRUCTURE ET MONTANT DE LA COTISATION**

Le montant de la cotisation est déterminé pour chaque bénéficiaire de la garantie.

Le montant peut, selon la garantie souscrite, varier :

- En fonction du régime obligatoire des bénéficiaires ;
- Du lieu de résidence des bénéficiaires ou de l’entreprise ;
- De la composition familiale et de l’âge des membres ;
- De la durée d’appartenance des bénéficiaires à la Mutuelle.

La variation du montant de la cotisation due à l’âge des membres est faite annuellement au 1er janvier.

L’âge est calculé par différence de millésime.

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

En cas d’adhésion en cours d’exercice, la cotisation est calculée prorata temporis, l’adhésion prend effet dans les conditions prévues à l’article 3.

### **ARTICLE 16 – FIXATION ET ÉVOLUTION DES COTISATIONS**

Le montant des cotisations est annuel.

Les cotisations sont fixées pour l’année civile par l’Assemblée générale de la Mutuelle ou par le Conseil d’Administration lorsqu’il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière conformément aux articles L.114-9 et L.114-11 du Code de la mutualité.

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

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

## **ARTICLE 17 – BÉNÉFICE CMU-C**

Les bénéficiaires de la garantie auxquels il est octroyé une prise en charge de leurs cotisations au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) conformément à l’article L.863-1 du Code de la Sécurité sociale, devront fournir le justificatif de leur caisse d’assurance maladie à la Mutuelle.

## **ARTICLE 18 – GARANTIES COMPLÉMENTAIRES**

### **ARTICLE 18.1 – GRATUITÉ DE COTISATION À PARTIR DU 3ÈME ENFANT.**

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

### **ARTICLE 18.2 – GRATUITÉ NOUVEAU-NÉ ET ENFANT ADOPTÉ.**

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

### **ARTICLE 18.3 – GARANTIE "ASSISTANCE" ET "SERVICE AUX PERSONNES".**

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

## **ARTICLE 19 – PAIEMENT DES COTISATIONS**

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

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

Hors prélèvements, les cotisations sont exigibles :

- Au 1<sup>er</sup> janvier : pour les règlements annuels ;
- Au 1<sup>er</sup> janvier et au 1<sup>er</sup> juillet pour les règlements semestriels ;
- Au 1<sup>er</sup> janvier, au 1<sup>er</sup> avril, au 1<sup>er</sup> juillet et au 1<sup>er</sup> octobre pour les règlements trimestriels.



## ARTICLE 20 – DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix (10) jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante (40) jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix (10) jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

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

## CHAPITRE V DISPOSITIONS DIVERSES

### ARTICLE 21 – NULLITÉ EN CAS DE RÉTICENCE OU FAUSSE DÉCLARATION

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

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

### ARTICLE 22 – MÉDIATION

En cas de difficulté née de l'exécution ou de l'application du contrat et pour toute réclamation, le membre participant peut s'adresser directement à la Mutuelle afin d'envisager une résolution du litige destinée à satisfaire les deux parties. En cas de désaccord, le membre participant peut demander l'avis du médiateur en s'adressant à Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française -FNMF 255 rue de Vaugirard 75719 PARIS cedex 15 ou par mail à l'adresse : [mediation@mutualite.fr](mailto:mediation@mutualite.fr)

### ARTICLE 23 – FORCLUSION

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

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

## ARTICLE 24 – PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

## ARTICLE 25 – SUBROGATION

Conformément aux dispositions de l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée à concurrence du montant des prestations qu'elle a versées dans les droits et actions des membres participants, et de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Cette disposition est applicable que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

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

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

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

## ARTICLE 26 – CONTRÔLE MÉDICAL ET TECHNIQUE

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

## ARTICLE 27 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

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

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

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

- A - Les données collectées seront uniquement utilisées pour la prospection des adhérents potentiels, la préparation et la gestion des adhésions (en particulier l'étude des besoins des adhérents et prospects, l'appréciation puis la surveillance du risque, la tarification, l'émission des contrats et documents comptables, les encaissements des primes ou cotisations, leur répartition éventuelle entre les co-assureurs, le commissionnement des intermédiaires...), le suivi des prestations de la Mutuelle (notamment la détermination et le paiement des indemnités et prestations et s'il y a lieu pour l'apériteur, leur collecte auprès des co-assureurs, l'exécution des dispositions prévues au contrat et l'exercice des recours...) ou à des fins statistiques.
- B - L'accès à ces données personnelles est réservé aux services de la Mutuelle qui sont en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et des prestations, ainsi qu'aux adhérents ou bénéficiaires des prestations, organismes de sécurité sociale, organismes administratifs et judiciaires définis par la loi, et organes de contrôle de la Mutuelle.
- C - Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat, ce contrat devant comporter l'engagement du sous-traitant d'assurer la sécurité des données et de ne les traiter que conformément aux instructions de la Mutuelle.
- D - La Mutuelle informera les adhérents lors de chaque collecte, du caractère obligatoire ou facultatif des informations demandées.

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

## ARTICLE 28 – FONDS D'ACTION SOCIALE

### 28.1 – OBJET DU FONDS D'ACTION SOCIALE

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

### 28.2 – BÉNÉFICIAIRES DES AIDES

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

### 28.3 – FINANCEMENT DU FONDS SOCIAL

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

### 28.4 – NATURE DES AIDES

Les actions sociales concernent les domaines suivants :

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

## ARTICLE 29 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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



