



CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

Votre contrat santé / Activ' Santé TNS

Travailleur non salarié

Les présentes conditions générales valant notice d'information ont pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrite par l'Association Nationale Inter-professionnelle de Prévoyance (ANIP) en faveur de ses membres auprès de la Mutuelle GSMC (Groupe Smiso Mutuelle des Cadres).

Les intervenants :

- L'ANIP, Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance, association régie par la loi 1901, dont le siège social est situé au 95 rue de Jemmapes 59800 LILLE, association souscriptrice du contrat, ci-après dénommée « l'Association »,
- GSMC, Groupe Smiso Mutuelle des Cadres, Mutuelle régie par le livre II du code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 324 310 614, dont le siège social est situé au 95 rue de Jemmapes 59800 LILLE, organisme assureur du contrat, ci-après dénommée « la Mutuelle ».

La présente notice d'information est établie conformément aux dispositions de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité. L'association ANIP et la Mutuelle peuvent d'un commun accord réviser tout ou partie du contrat souscrit.

Conformément aux articles L. 114-1 et suivants du Code de la mutualité, la signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts de la Mutuelle et des droits et obligations définis par le présent Règlement Mutualiste.

DÉFINITIONS

MEMBRES PARTICIPANTS

Conformément à l'article L. 114-1 du Code de la mutualité, les membres participants sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la Mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit. Vous répondez à cette définition en tant que signataire du bulletin d'adhésion. Cette qualité vous permet de participer au fonctionnement de la Mutuelle dans les conditions définies par les statuts de la Mutuelle qui vous ont été remis préalablement à votre adhésion. Vous pouvez donc élire vos Délégués à l'Assemblée générale ou candidater pour être délégué et le cas échéant élire les membres du Conseil d'administration et candidater pour être administrateur.

Pour adhérer au contrat GSMC Activ' Santé TNS, le membre participant doit :

- être âgé au moins de 18 ans et au plus 70 ans,
- être domicilié en France hexagonale,
- bénéficier de la qualité de travailleur indépendant ou d'artisan ou de commerçant ou de gérant non-salarié d'une société ou exercer une profession libérale,
- relever d'un régime d'assurance maladie obligatoire français.

Afin de bénéficier du régime fiscal de faveur « loi Madelin », issu de l'article 154 bis du Code Général des Impôts, les membres participants doivent être à jour du paiement des cotisations dues au titre de leurs régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse et adhérer auprès de l'Association visée ci-dessus. Cette adhésion se fait concomitamment à l'adhésion au présent contrat.

A ce titre, la Mutuelle établira annuellement une attestation, destinée à l'administration fiscale, précisant le montant des cotisations perçues par la Mutuelle au titre du contrat assuré sur une période déterminée.

Peuvent également adhérer à ce contrat, les personnes ayant la qualité d'auto-entrepreneur, sans qu'elles puissent pour autant bénéficier du régime fiscal de la Loi Madelin. En effet, elles sont déjà éligibles à un régime fiscal de faveur, non cumulable avec celui du dispositif de l'article 154 bis du Code Général des Impôts.

AYANTS DROIT

Les personnes suivantes peuvent bénéficier en qualité d'ayants droit des garanties que vous avez souscrites :

- votre Conjoint : conjoint non-séparé de corps judiciairement ou à défaut votre concubin tel que défini à l'article L. 515-8 du Code Civil ou à défaut votre partenaire lié avec vous par un PACS. La qualité d'ayant droit au titre du présent alinéa ne peut bénéficier qu'à une seule personne par Membre Participant.
- vos enfants âgés de moins de 21 ans bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale du fait votre affiliation ou de celle de votre Conjoint ou d'une affiliation personnelle, sous réserve qu'ils aient la qualité d'ayant droit à charge fiscale (c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que vous ou votre Conjoint déduit fiscalement de son revenu global).
- vos enfants âgés de 18 à 28 ans, sous réserve :
 - qu'ils poursuivent des études ou,
 - qu'ils soient inscrits dans un cursus de formation en alternance (contrats de qualification ou de professionnalisation...) ou en contrat d'apprentissage ou,
 - qu'ils soient engagés dans le cadre d'un service civique, ou
 - qu'ils soient demandeurs d'emploi et domiciliés à votre adresse et sous réserve de la présentation d'une attestation d'indemnité chômage.
 - quel que soit leur âge, les enfants infirmes titulaires de la carte mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'Action sociale et des familles, sous réserve qu'ils répondent à une des conditions suivantes :
 - être pris en compte dans le calcul de votre coefficient familial ou de celui de votre Conjoint,
 - ouvrir droit à un abattement applicable à votre revenu imposable ou à celui de votre Conjoint
- vos ascendants, descendants ou collatéraux fiscalement à charge.





CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

Le Contrat est solidaire car la Mutuelle ne pratique aucune sélection médicale.

Les garanties souscrites sont conformes au cahier des charges des « contrats responsables » tel que défini aux articles L.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et leurs textes d'application. En conséquence, les garanties et les niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant le contrat, sauf si la Mutuelle décide de maintenir les garanties en vigueur telles qu'énoncées dans le présent contrat.

Dans ce cadre, les garanties comprennent la prise en charge :

1° De l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par cette dernière, notamment :

- les consultations et les actes réalisés par les professionnels de santé,
- les médicaments dont la prise en charge par le régime général de la Sécurité sociale est fixée à 65%,
- les honoraires de dispensation en lien avec l'ordonnance ou avec un médicament dont le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge,
- les soins dentaires, y compris les soins d'orthopédie dento-faciale et les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée (panier dit « 100% santé ») ou non,
- les frais d'acquisition des équipements d'optique médicale (verres et monture) à prise en charge renforcée ou non,
- les frais d'acquisition des aides auditives à prise en charge renforcée ou non, y compris les consommables, piles ou accessoires, pris en charge par le régime obligatoire de l'assuré,
- les frais d'hospitalisation avec ou sans hébergement,

2° De l'intégralité des frais d'acquisition exposés par l'assuré pour des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit 100% santé :

- en optique médicale dans la limite des prix limites de vente des montures et des verres de classe A (panier 100% santé) fixés par la Liste des Produits et Prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale. La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge dans la limite du prix limite de vente,
- en audiologie, dans la limite des prix limites de vente des aides auditives de classe I (panier 100% santé) fixés par la LPP,
- pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie.

3° Des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (DPTAM) prévu par la convention nationale médicale, dans la double limite :

- de 100 % du tarif de responsabilité,
- du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au DPTAM minoré d'un montant au moins égal à 20 % du tarif de responsabilité.

Dans le cas où le médecin n'est pas conventionné par l'assurance maladie, la base de remboursement retenue pour ces dépassements sera le tarif d'autorité.

4° Des dépenses d'acquisition d'équipements d'optique médicale, **autre que ceux du panier 100% santé**, à hauteur des minima et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant le ticket modérateur et le remboursement du régime obligatoire de l'assuré visé ci-dessus et dans les conditions suivantes :

a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 420 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;

b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 560 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 700 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;

d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;

e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;

f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures incluant le ticket modérateur et le remboursement du régime obligatoire de l'assuré, au sein de l'équipement est limitée à 100 euros.

En cas de sélection par l'assuré d'un verre de classe A (panier 100% santé) et d'une monture de classe B (hors panier 100% santé) ou réciproquement, la prise en charge de chacune des composantes s'effectue dans la limite de ces minima et maxima.

Si l'achat par l'assuré des composantes de son équipement est dissocié, le montant de prise en charge des différents éléments du même équipement se cumule jusqu'à saturation du maxima appliqué.

Il est précisé que cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 24 mois.

Cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

Par dérogation, pour les assurés âgés **de moins de 16 ans** ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (sur présentation soit d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit d'une prescription initiale comportant des mentions portées par l'opticien), la garantie s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période de 12 mois.

Santé – Prévoyance – Retraite

Mutuelle GSMC - Siège social : 95 rue de Jemmapes - 59800 Lille - Tél. : 03 20 82 82 26 - www.mutuelle-gsmc.fr

MutuellesoumiseauxdispositionsdulivreII du Code de la mutualité - SIREN n°324 310 614

TVA intra-communautaire: exonération article 261 CduC.G.I.



CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

5° Des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes :

a) A hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ;

b) Au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par le régime obligatoire de l'assuré et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 48 mois à compter de la date d'acquisition de l'équipement dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1.

6° Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée, ainsi que de la participation forfaitaire applicable aux actes affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 60 ou d'un tarif égal ou supérieur à 120 euros, et du forfait patient urgence mentionné à l'article L. 160-13,

7° du Forfait Patient Urgence (FPU) en vigueur depuis le 1er janvier 2022 et mentionné à l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité Sociale,

8° Des dépenses d'acquisition de prothèses capillaires, à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 du Code de la sécurité sociale, pour les prothèses capillaires appartenant à une classe faisant l'objet d'une prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1 du même code,

9° Des dépenses d'acquisition de véhicules destinés aux personnes en situation de handicap, à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la sécurité sociale, pour les dispositifs inscrits sur la liste mentionnée à l'article L.165-1 du même code et faisant l'objet d'une prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de cet article.

Les garanties prévoient également la prise en charge d'au moins deux actes de prévention mentionnés dans le tableau descriptif des garanties.

L'article « Frais exclus de la garantie 'Frais médicaux' » cite les actes, participations forfaitaires et majorations ne pouvant donner lieu à une prise en charge dans le cadre du cahier des charges des « contrats responsables ».

GARANTIES

Les garanties qui découlent de votre contrat ont pour objet de vous garantir ainsi qu'à vos éventuels ayants droit affiliés des remboursements complémentaires à ceux de votre régime obligatoire d'assurance maladie et de vous indemniser pour tout ou partie des différents frais occasionnés par une maladie ou un accident.

TÉLÉTRANSMISSION

La télétransmission désigne l'échange informatique entre votre régime obligatoire d'assurance maladie et la Mutuelle. La télétransmission vous évite dans certains cas d'envoyer les feuilles de soins aux organismes de santé, telles l'Assurance Maladie ou la Mutuelle.

TIERS PAYANT

Mécanisme grâce auquel vous êtes dispensé de l'avance des frais pris en charge par les régimes obligatoires et la Mutuelle chez certains professionnels de santé. Le tiers payant vous permet notamment, à l'aide d'une carte remise par la Mutuelle, de ne pas faire l'avance de vos frais de pharmacie pour tout médicament prescrit et remboursable.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1. OBJET DU CONTRAT

Les dispositions des présentes conditions générales valant notice d'information déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure des garanties « frais de soins de santé », dans un cadre individuel, au profit des membres participants (Vous, en tant que souscripteur du contrat) et de ses ayants droit et ce, dans le respect des principes mutualistes définis à l'article L.110-2 du Code de la mutualité.

Les conditions générales valant notice d'information définissent les engagements contractuels existants entre chaque membre participant et la Mutuelle en ce qui concerne les cotisations et les prestations conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité.

Ces dispositions sont conformes au cahier des charges des contrats responsables.

Les présentes conditions générales valant notice d'information sont régies par le Code de la mutualité.

ARTICLE 2. MODIFICATION DES CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION ET DES GARANTIES

Toute modification contractuelle ou des garanties prévues au bulletin d'adhésion est portée à votre connaissance. Ces modifications prennent effet après vous avoir été notifiées sans qu'il soit nécessaire de signer un avenant. Vous pouvez alors, dans un délai d'un mois à compter de leur remise, dénoncer votre adhésion en raison de ces modifications.

Le montant des garanties peut être revu annuellement, dès lors que cette mesure est nécessaire au maintien des équilibres techniques de la gamme.

Les modifications des montants de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles vous ont été notifiées.

ARTICLE 3. RECOURS ET PRESCRIPTIONS DES ACTIONS





CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, toute action résultant de l'application de la présente notice est prescrite 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, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en eu a connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du membre participant, d'un ayant droit ou d'un bénéficiaire 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 honoraire, le membre participant, l'ayant droit ou le bénéficiaire ou a été indemnisé par celui-ci.

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (notamment action en justice, reconnaissance du droit de celui contre lequel il est prescrit) 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 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, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 4. ORGANISME DE CONTRÔLE

La présente notice est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4, place de Budapest – 75436 PARIS cedex 09.

ARTICLE 5. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel concernant les membres participants et concernant les ayants-droit, collectées dans le cadre de l'adhésion au présent contrat font l'objet d'un traitement par GSMC, en tant que responsable de traitement pour les finalités suivantes : l'instruction des demandes d'adhésion, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance souscrit y compris les réclamations et contentieux, la gestion commerciale des adhérents, la gestion de l'espace adhérent, le calcul des provisions, la réalisation d'enquêtes marketing ou de satisfaction, l'élaboration de statistiques et d'études actuarielles, la lutte contre la fraude, la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'organisation de la gouvernance mutualiste, l'analyse de l'utilisation des services proposés par GSMC afin d'améliorer la qualité, la réalisation de propositions commerciales en lien avec le contrat souscrit auprès de GSMC pour des produits d'assurance distribués ou assurés par GSMC de et la mise en œuvre d'obligations légales en vigueur.

Les données demandées dans les questions adressées aux futurs membres participants et ayants-droit sont nécessaires et obligatoires pour la gestion et l'exécution du contrat.

Le contrat d'assurance constitue la base juridique du traitement, avec le consentement explicite du souscripteur en cas de collecte, le cas échéant, de données concernant la santé. Dans le cadre des finalités précédemment énoncées, les destinataires des données sont les services internes de GSMC, les délégataires de gestion, les réassureurs, les sous-traitants, les prestataires et les intermédiaires d'assurance partenaires de GSMC.

La Mutuelle peut être amenée au travers de certains délégataires de gestion à transférer des données à caractère personnel vers un pays en dehors de l'union européenne. Dans ce cas, les mesures juridiques nécessaires afin d'assurer l'encadrement de ces transferts et de répondre aux obligations réglementaires en vigueur sont mises en place.

À chaque fois que cela est possible, les données sont préalablement anonymisées avant d'être communiquées à des tiers.

Les données à caractère personnel sont conservées au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, puis le temps de la prescription légale en vigueur. Cette durée de conservation est variable et dépend de la nature des données et de leur finalité de traitement conformément aux exigences de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Les durées de conservation sont précisées dans la politique de protection des données de GSMC.

Conformément aux dispositions du code monétaire et financier, le droit d'accès aux traitements mis en œuvre aux seules fins de l'application des dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (hors traitements destinés à l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière) s'exerce, par un écrit rédigé auprès de la CNIL, via une procédure de droit d'accès indirect.

Dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur sur la protection des données personnelles, le membre participant ainsi que ses ayants-droit peuvent exercer leur droit d'accès, de rectification, d'effacement et d'opposition, de limitation du traitement et de droit à la portabilité des données en joignant la copie d'un justificatif d'identité à :

Délégué à la Protection des Données – GSMC 95 rue de Jemmapes 59800 LILLE ou via votre espace personnel.

Par ailleurs, à l'issue de ces démarches, en cas de difficultés dans l'exercice de ces droits, il est possible de faire une réclamation auprès de la CNIL sur son site internet : www.cnil.fr

ADHÉSION

ARTICLE 6. ADHÉSION - PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

Votre adhésion à la Mutuelle et à ses statuts est matérialisée par la signature d'un bulletin d'adhésion qui vous permet de choisir la formule de garanties destinée à vous couvrir ainsi que vos éventuels ayants droit.

Votre adhésion prend effet au plus tôt le lendemain de la date de signature de votre bulletin d'adhésion, sous réserve de la réception par la Mutuelle de toutes les pièces nécessaires à





CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

l'adhésion dans les sept (7) jours qui suivent la signature du bulletin d'adhésion.

La date d'effet de vos garanties est mentionnée sur votre bulletin d'adhésion et sur le certificat d'adhésion qui vous est adressé par la Mutuelle en confirmation de votre adhésion.

ARTICLE 7. AJOUT DES AYANTS DROIT

Vous pouvez ajouter à votre adhésion, au titre des garanties que vous avez souscrites, votre Conjoint ou vos éventuels Enfants & Ascendants tels que définis ci-dessus (cf. rubrique définitions).

Vous procédez à cet ajout directement sur votre bulletin d'adhésion.

En cas de changement de votre situation de famille, vous pouvez ajouter un nouvel ayant droit en adressant une demande écrite à la Mutuelle.

L'ajout du nouvel ayant droit prend effet au plus tôt le lendemain de la réception de la demande par la Mutuelle, sous réserve que le dossier d'ajout soit complet.

ARTICLE 8. FACULTÉ DE RENONCIATION

En application des articles L. 221-18 et L. 221-18-1 du Code de la mutualité, en cas de vente à distance (notamment par téléphone ou internet) ou de démarchage à domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, vous pouvez renoncer à votre adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception sans motifs ni pénalités dans un délai de quatorze jours à compter du jour où l'adhésion a pris effet (en cas de vente à distance) ou à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion (en cas de démarchage).

Vous devez adresser votre renonciation par lettre recommandée avec avis de réception au service gestion de la Mutuelle, en utilisant le modèle ci-joint (cette demande doit être accompagnée de votre carte de tiers payant pour être prise en compte si celle-ci vous a été adressée dans l'intervalle de temps) :

Je soussigné(e) (*Nom, prénom*), demeurant (*adresse*) déclare renoncer à mon adhésion à la garantie déclare annuler la demande d'adhésion ci-après : (*N° d'adhésion ou joindre une copie du bulletin d'adhésion*), conclue le (*date*) auprès de la mutuelle GSMC; Fait le (*date*), (*signature*)

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent :

- si des prestations ont été versées, vous vous engagez à rembourser à la Mutuelle les montants éventuellement perçus dans un délai de 30 (trente) jours,
- si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle vous les remboursera dans un délai de 30 (trente) jours.

Ces principes s'appliquent également en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance (vente par téléphone, Internet...).

ARTICLE 9. DURÉE DE L'ADHÉSION – RÉSILIATION À L'ÉCHÉANCE

Votre adhésion initiale prend effet au plus tôt le lendemain de la réception du bulletin d'adhésion signé par la mutuelle pour une durée d'un an.

Pour mettre en œuvre la faculté de résiliation annuelle prévue à l'article L. 221-10 du Code de la mutualité, vous devez envoyer une lettre recommandée avec accusé de réception ou un envoi recommandé électronique au moins deux mois avant l'échéance à savoir au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

Pour mettre en œuvre la faculté de résiliation infra-annuelle prévue aux articles L. 221-10-2 et L.221-10-3 du Code de la Mutualité, vous pouvez dénoncer son adhésion, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités.

Vous pouvez dénoncer votre adhésion, au choix :

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

La Mutuelle vous confirme par écrit la réception de la notification.

La résiliation prend effet un mois après la réception par la Mutuelle de votre notification.

La Mutuelle vous remboursera le solde de cotisation dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

ARTICLE 10. FIN DE L'ADHÉSION OU DE GARANTIES

Evénements mettant fin à votre adhésion :

- L'adhésion du membre participant prend fin :

- le jour où il ne remplit plus les critères d'adhésion au contrat auquel il a souscrit,
- le jour du décès du membre participant, dans ce cas la Mutuelle propose aux éventuels ayants droit de souscrire une adhésion. Ces personnes disposent d'un délai de 6 mois à compter du décès pour adhérer à la Mutuelle.

L'adhésion répondant à ces critères prend effet à titre exceptionnel au jour du décès du membre participant (la Mutuelle exigera tous les documents justificatifs nécessaires),

- le jour de son exclusion conformément à l'article « Exclusion » des statuts,
- en cas de non-paiement des cotisations selon les modalités décrites à l'article « Paiement des cotisations »,
- en cas de démission du membre participant. Le membre participant qui souhaite mettre fin à son adhésion doit adresser sa demande de démission au siège de la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception ou lettre recommandée électronique au moins deux mois avant la première date d'échéance, et, au-delà de 12 mois de souscription, avec un préavis d'un mois.
- en cas d'obligation pour le participant d'adhérer à un contrat « d'assurance frais de soins de santé » collectif

Santé – Prévoyance – Retraite

Mutuelle GSMC - Siège social : 95 rue de Jemmapes - 59800 Lille - Tél. : 03 20 82 82 26 - www.mutuelle-gsmc.fr

MutuellesoumiseauxdispositionsdulivreII du Code de la mutualité- SIRENn°324310614

TVA intra-communautaire: exonération article 261CduC.G.I.



CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

d'entreprise, la Mutuelle pourra accepter de résilier l'adhésion du membre participant en cours d'année sous réserve de la présentation des justificatifs qu'elle exigera (attestation de l'employeur et/ou de l'organisme assureur ou tout autre justificatif demandé par la Mutuelle). Dans ce dernier cas, la date d'effet de la fin de l'adhésion est le dernier jour du mois de réception de l'attestation par la Mutuelle.

• L'adhésion du membre participant peut également prendre fin en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile,
- changement de situation matrimoniale,
- changement de profession,
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,
- toutefois, vous ou la Mutuelle ne pouvez mettre fin à l'adhésion que si votre couverture était en relation directe avec l'ancienne situation et que ce lien ne se retrouve plus dans la nouvelle situation (par exemple, vous vous expatriez et n'êtes plus affilié à un régime français de Sécurité Sociale. A contrario le fait de déménager sans changer de régime de Sécurité Sociale ne justifie pas la résiliation de votre adhésion).

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

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification. La Mutuelle doit vous rembourser la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à la Mutuelle dans les cas de résiliation susmentionnés.

Retrait d'un ayant droit :

Les garanties des ayants droit prennent fin :

- pour tous les ayants droit :
 - automatiquement au jour où votre adhésion prend fin,
 - en cas de demande de la part de l'ayant droit par courrier, les garanties cessent après un préavis de 2 mois qui suit la réception de cette lettre par la Mutuelle,
 - en cas de demande de votre part par courrier, les garanties cessent après un préavis de 2 mois qui suit la réception de cette lettre par la Mutuelle. Vous devez nous transmettre les coordonnées de votre ancien ayant droit afin que nous puissions l'informer de la cessation de ses garanties.

Cette condition s'applique après période initiale de 12 mois.

- pour l'éventuel Conjoint :
 - automatiquement en cas de divorce, dans ce cas les garanties cessent le premier jour du mois qui suit la notification de ce jugement à la Mutuelle,
 - automatiquement en cas de rupture du PACS ou du concubinage, les garanties cessent le premier jour du mois qui suit la notification de cette rupture à la Mutuelle.
- pour les enfants :

L'enfant à charge est couvert de votre chef jusqu'à l'une des dates suivantes :

- le jour où l'enfant cesse d'être ayant droit de la définition précisée en page 1,
- à la fin du mois au cours duquel prend fin le contrat de qualification, de professionnalisation ou d'apprentissage ou la formation en alternance, ou le service civique et au plus tard le dernier jour du mois où il atteint ses 28 ans,
- le dernier jour du mois au cours duquel l'enfant demandeur d'emploi trouve un emploi et au plus tard le dernier jour du mois où il atteint ses 28 ans,
- le dernier jour de l'année scolaire au cours de laquelle il ne remplit plus les critères statutaires qui lui permettaient d'être considéré comme enfant à charge et, en tout état de cause, le dernier jour du mois où il atteint la date anniversaire de ses 28 ans,
- pour les ascendants, descendants ou collatéraux à charge :
 - le jour où ces personnes cessent d'être rattachées fiscalement au membre participant ou au Conjoint.

Attention : la non-notification dans un délai d'un mois d'un événement entraînant la perte de la qualité d'ayant droit est constitutive d'une fausse déclaration.

ARTICLE 11. VERSEMENT DES PRESTATIONS APRÈS LA FIN DE GARANTIES

Les demandes de remboursement de soins adressées à la Mutuelle après la fin de votre adhésion ou le retrait d'un ayant droit seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes du régime obligatoire du demandeur soit antérieure à la date de fin de la couverture.

COTISATIONS

ARTICLE 12. MONTANT DES COTISATIONS

Le montant des cotisations afférentes à chaque niveau de garanties apparaît dans le tableau de garanties, annexé au présent contrat.

Le montant des cotisations varie en fonction des garanties souscrites, de la région où habitent le membre participant et ses ayants droit, et de l'âge du membre participant au 1er janvier.

Le membre participant a le choix entre 3 structures de cotisations :

- Isolé (membre participant seul),
- Duo (membre participant et un ayant droit),
- Famille (membre participant et ses ayants-droit).

Les cotisations peuvent faire l'objet, le cas échéant, d'une augmentation annuelle dont le montant sera porté à la connaissance du membre participant.

ARTICLE 13. PAIEMENT DES COTISATIONS

• Procédure de paiement des cotisations

Vous êtes débiteur de l'ensemble des cotisations dues à la Mutuelle de votre propre chef ainsi que de celui de vos éventuels ayants droit. Vous êtes débiteur de l'intégralité de la cotisation annuelle pour la

Santé – Prévoyance – Retraite

Mutuelle GSMC - Siège social : 95 rue de Jemmapes - 59800 Lille - Tél. : 03 20 82 82 26 - www.mutuelle-gsmc.fr

MutuellesoumiseauxdispositionsdulivreII du Code de la mutualité - SIREN n°324310614

TVA intra-communautaire: exonération article 261 C du C.G.I.



CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

première année de cotisation, y compris si celle-ci est résiliée de votre fait en cours d'année (sauf exception prévue par la loi). Toutefois, le paiement de la cotisation s'effectue, selon votre choix, en 12 mensualités. Elles sont payées mensuellement d'avance par prélèvement automatique sur votre compte bancaire.

- En cas de non-paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue trente jours après votre mise en demeure. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier sa garantie dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévus à l'alinéa précédent.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où a été payée à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement. La Mutuelle peut appliquer des majorations de retard en cas de non-paiement à la date d'échéance.

GARANTIES

ARTICLE 14. DATE D'EFFET DES GARANTIES ET PÉRIODES DE CARENCE

Les présentes garanties ne prévoient aucun délai de carence. Elles prennent effet avec l'adhésion.

ARTICLE 15. CHOIX DES GARANTIES

Lors de son adhésion, le membre participant indique sur son bulletin d'adhésion le niveau de garanties retenu pour lui et ses éventuels ayants-droits, parmi les 5 niveaux de garanties proposés (Niveau 1 à Niveau 5).

ARTICLE 16. CHANGEMENT DE GARANTIES

Lorsque vous êtes adhérent de la Mutuelle au titre des garanties « Activ' Santé TNS » depuis plus de 12 mois, vous pouvez demander à opter pour un niveau de garanties supérieur ou inférieur. Votre demande doit intervenir avant le 31 octobre pour être prise en compte à effet du 1er janvier de l'année suivante.

Toutefois, vous ne pouvez basculer sur une formule inférieure en termes de garanties qu'après l'expiration d'une durée de deux ans à compter de la date de passage à la garantie supérieure.

En cas de résiliation de l'option, vous ne pourrez adhérer à nouveau à l'option pendant un délai de 24 mois, sauf si vous justifiez d'un changement de famille (mariage, divorce, naissance, licenciement du participant, décès d'un ayant droit).

Tout changement de garanties constitue une nouvelle souscription et ne peut donc faire l'objet des dispositions prévues à l'article L221-10-2 du Code de la mutualité.

ARTICLE 17. DEFINITION ET CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES GARANTIES

- Définition et niveau des garanties

Les garanties prévues au présent contrat ont pour objet de garantir à titre principal aux membres participants et à leurs ayants droits affiliés des remboursements complémentaires à ceux de leur régime obligatoire d'assurance maladie et de les indemniser des différents frais occasionnés par une maladie, un accident ou un accouchement et, à titre accessoire, le versement d'une prestation en cas de maternité (y compris en cas d'adoption plénière).

Les types et niveaux de garanties dont bénéficient le membre participant et ses éventuels ayants droit sont décrits dans le tableau des garanties annexé au présent contrat.

- Nature du risque

Peuvent donner lieu à prestations les dépenses engagées par vous ou un de vos ayants droit pour des actes ayant fait l'objet d'une prescription médicale en raison d'une maladie ou d'un accident et ayant, sauf mention expresse dans les tableaux descriptifs des garanties, fait l'objet d'un remboursement par le régime d'assurance maladie obligatoire dont le bénéficiaire des soins relève.

Certains actes n'ayant pas fait l'objet d'une prescription médicale peuvent donner lieu à prestations s'ils sont mentionnés expressément dans le tableau de garanties.

Il est à noter que si vous ou un ayant droit êtes atteint d'une affection ou victime d'un accident susceptible d'être indemnisé, soit au titre de la législation sur les accidents de travail ou les maladies professionnelles, soit selon les règles du droit commun pour un accident causé par un tiers responsable, la Mutuelle n'intervient que dans la mesure où les indemnités que vous ou votre ayant droit avez perçues par d'autres organismes en réparation du dommage matériel subi, ne font pas double emploi avec celles versées par elle.

- Date de survenance

Les conditions d'ouverture du droit aux prestations correspondent à la date de soins indiquée sur les bordereaux de la Sécurité Sociale ou sur la facture détaillée acquittée en cas de refus de prise en charge par celle-ci. Pour les prothèses dentaires non prises en charge, la date prise en compte est celle de la notification du refus par la Sécurité Sociale.

Pour les implants dentaires et les piliers dentaires, la date des soins retenue pour le paiement des prestations est celle de la pose de l'implant, même si le pilier dentaire est posé ultérieurement. Pour le remboursement de l'implant dentaire, les frais engagés du pilier (acte hors nomenclature) seront cumulés avec ceux de l'implant.

ARTICLE 18. LES REMBOURSEMENTS

- Procédure, documents exigés (maladie, accident)

Pour que le remboursement des frais médicaux engagés soit pris en charge par la Mutuelle, le bénéficiaire des soins doit adresser à la Mutuelle dès que possible, et au plus tard dans les deux ans qui suivent la date des soins :





CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

1. tous les documents originaux justifiant des frais engagés pour un montant supérieur à 1000 € et précisant la date et la nature des soins,
 2. les originaux des feuilles de décompte du régime maladie obligatoire ou, le cas échéant, les factures originales acquittées mentionnant la non-prise en charge par le régime obligatoire,
 3. pour les dépassements d'honoraires en clinique conventionnée (si vous avez souscrit une garantie prévoyant la prise en charge de tout ou partie de ces dépassements), le bordereau de facturation acquitté,
 4. pour toute prise en charge dans un établissement non-conventionné, une facture détaillée distinguant les différents postes de frais, notamment la chambre particulière,
 5. pour les prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale,
- la facture ou la copie de la feuille de soins établie par le chirurgien-dentiste détaillant le prix des prothèses et de la notification de refus de prise en charge du régime d'assurance maladie obligatoire,
6. pour les frais d'optique non pris en charge par la Sécurité sociale, la facture acquittée de l'opticien et la notification de refus du régime d'assurance maladie obligatoire. Pour les lentilles, une facture acquittée de l'opticien mentionnant le type de lentilles,
 7. pour les cures thermales, la facture détaillée acquittée de l'établissement thermal accompagnée des décomptes du régime d'assurance maladie obligatoire reprenant les honoraires médicaux et de surveillance et le forfait thermal ainsi que les frais d'hébergement et de transport. Il doit également faire parvenir à la Mutuelle les factures correspondant aux frais d'hébergement et de transport n'apparaissant pas sur les décomptes du régime d'assurance maladie obligatoire, si ces frais sont pris en charge dans le cadre de ses garanties ; les frais engagés sont plafonnés par année de soins. La prise en charge du transport est conditionnée à une prise en charge l'assurance maladie obligatoire.
 8. pour la garantie « allocation maternité », un extrait d'acte de naissance de l'enfant,
 9. pour la garantie adoption, une copie certifiée conforme du jugement d'adoption plénière rendu par une juridiction française. Lorsque l'adoption est réalisée à l'étranger, la prestation ne peut être payée qu'après que le membre participant ait adressé à la Mutuelle une copie certifiée conforme de la transcription de la décision d'adoption plénière sur les registres d'état civil français,
 10. pour toutes les garanties non prises en charge par le régime obligatoire, une facture acquittée délivrée par le professionnel de santé et précisant l'objet de la dépense si le montant des frais engagés est supérieur à 1000 €,
 11. un justificatif du remboursement par le premier organisme complémentaire le cas échéant.

Les documents visés au 2 ne sont pas nécessaires au paiement des prestations en cas de télétransmission entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dont relève le bénéficiaire des soins et la Mutuelle.

Dans ce cas, le décompte du Régime obligatoire informe le bénéficiaire des soins que la demande de prestations a été effectuée directement auprès de la Mutuelle.

Il est de la responsabilité du bénéficiaire des soins de s'assurer que le décompte comporte bien cette mention.

En l'absence de télétransmission, il doit envoyer les décomptes du Régime obligatoire de Sécurité Sociale à 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.

ARTICLE 19. FRAIS GARANTIS EN CAS D'HOSPITALISATION

Pour que la Mutuelle prenne en charge les frais résultant d'une hospitalisation, il faut que le Régime obligatoire ait accordé sa prise en charge.

Dans ce cas, la Mutuelle prendra en charge :

- le ticket modérateur afférent aux actes médicaux dispensés à l'assuré, aux frais de séjour et à la salle d'opération,
- le forfait journalier hospitalier.

Il est précisé que le forfait journalier hospitalier n'est pas pris en charge par la Mutuelle dans les cas suivants :

- lorsque vous ou vos ayants droit séjournez dans une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS),
- en cas d'accueil temporaire dans un centre médico-social.

Par ailleurs, si les garanties que vous avez souscrites le stipulent, et dans la limite prévue par celles-ci, la Mutuelle prendra en charge pour tout ou partie :

- le supplément pour chambre particulière. La prise en charge de ce supplément est limitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale à 90 jours par année civile et par personne et 30 jours pour les centres de rééducation, réadaptation fonctionnelle et les établissements de service psychiatrique,
- les dépassements d'honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste dans les limites prévues par le tableau descriptif des garanties,
- les frais d'accompagnement d'un enfant jusqu'au 18ème anniversaire (hébergement de l'accompagnant dans la structure hospitalière et repas) dès le 1er jour d'hospitalisation si l'hospitalisation dure au minimum 24 heures dans la limite de 30 jours par an et 5 jours indemnisés par hospitalisation,
- les frais d'accompagnement d'un adulte (membre participant ou ayant droit, hébergement de l'accompagnant dans la structure hospitalière et repas) dès le 1er jour d'hospitalisation si l'hospitalisation dure au minimum 24 heures dans la limite de 30 jours par an et 5 jours indemnisés par hospitalisation,
- Ces frais ne sont pris en charge qu'au titre d'une seule personne accompagnante par personne hospitalisée, y compris en ce qui concerne les repas.

Ne font l'objet d'aucune prise en charge par la Mutuelle :

- les frais annexes de l'assuré et de l'accompagnant ne se rapportant pas directement au traitement médical de l'assuré

Santé – Prévoyance – Retraite

Mutuelle GSMC - Siège social : 95 rue de Jemmapes - 59800 Lille - Tél. : 03 20 82 82 26 - www.mutuelle-gsmc.fr

MutuellesoumiseauxdispositionsdulivreII du Code de la mutualité - SIREN n° 324 310 614

TVA intra-communautaire: exonération article 261 C du C.G.I.



CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

tels que les dépenses pour confort personnel, de téléphone fixe, de télévision, etc,

- l'hospitalisation pour rééducation professionnelle,
- l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers,
- les séjours en maison de convalescence, de diététique, non pris en charge par la Sécurité Sociale,
- les soins dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers ou des hospices,
- toute hospitalisation en vue d'un acte de chirurgie esthétique non pris en charge par la Sécurité Sociale,
- les hospitalisations antérieures ou en cours à la date d'adhésion. Cet événement n'étant pas aléatoire, il ne peut faire l'objet d'une prestation d'assurance (article 1964 du Code civil).

* Il est précisé que ce type d'hospitalisation ne donne pas lieu à l'acquittement par l'assuré d'un forfait journalier ou d'un ticket modérateur.

ARTICLE 20. FRAIS EXCLUS DE LA GARANTIE « FRAIS MÉDICAUX »

Ne sont pas garantis :

- les soins antérieurs à la date d'adhésion,
- les frais non pris en charge par la Sécurité Sociale, sauf exceptions expressément mentionnées dans les tableaux descriptifs des garanties,
- la chirurgie esthétique,
- les actes hors nomenclatures Sécurité Sociale ou classification commune des actes médicaux, sauf exceptions expressément mentionnées dans les tableaux descriptifs des garanties,
- la participation forfaitaire, prévue à l'article L.322-2 II du Code de la Sécurité Sociale, acquittée par le membre participant ou ses ayants droit pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation, ainsi que pour tout acte de biologie médicale,
- la majoration du ticket modérateur appliquée au participant et/ou à ses ayants droit qui n'ont pas choisi de médecin traitant, tel que défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale, ou qui ont consulté un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant,
- la prise en charge des dépassements d'honoraires sanctionnant le non-respect du parcours de soins (article L.162-518 du Code de la Sécurité Sociale). Une franchise égale au montant maximal de ce dépassement sanction, dans la limite du dépassement réellement appliqué par le professionnel de santé, sera donc appliquée sur la prestation versée par la Mutuelle,
- le remboursement des franchises annuelles prévues au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale,
- la prise en charge des actes ou prestations pour lesquels le participant et/ou ses ayants droit n'ont pas accordé l'autorisation au professionnel de santé de consulter leur dossier médical personnalisé.

NOTA : L'omission ou l'utilisation intentionnelle de documents ou renseignements inexacts, notamment l'exagération frauduleuse du montant des frais médicaux, entraîne la perte du droit à prestation pour les actes correspondants, indépendamment des poursuites judiciaires que la Mutuelle pourrait engager.

ARTICLE 21. GARANTIES « MÉDECINES DOUCES ET PSYCHOLOGIE »

Selon les stipulations du tableau descriptif de vos garanties, celles-ci peuvent prévoir le remboursement de tout ou partie des actes de professionnels de santé dont la spécialité ou la pratique ne fait pas l'objet actuellement d'une prise en charge par le Régime obligatoire.

Toutefois, afin de vous garantir une bonne qualité de soins, la Mutuelle ne versera des prestations que si le professionnel de santé répond aux conditions suivantes :

- **Ostéopathie :** le professionnel de santé ayant pratiqué les soins doit être inscrit au répertoire RPPS ou ADELI et titulaire d'une autorisation d'exercice de l'ostéopathie ou du droit d'user de ce titre, délivré par une autorité administrative en application de l'article 9 ou 16 du décret 2007-435,
- **Acupuncture :** le professionnel de santé ayant pratiqué les soins doit être inscrit au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS ou ADELI),
- **Chiropractie :** le professionnel de santé ayant pratiqué les soins doit être inscrit sur la liste de l'agence Régionale de la Santé répertoriant les praticiens habilités à faire usage de ce titre,
- **Etiopathie :** le professionnel doit être inscrit au Registre National des Étiopathes déposé au ministère en charge de la santé,
- **Hypnothérapie :** le professionnel de santé ayant pratiqué les soins doit être inscrit au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS ou ADELI),
- **Homéopathie :** le professionnel de santé ayant pratiqué les soins doit être inscrit au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS ou ADELI) en tant que médecins,
- **Psychologie - Psychothérapie :** le professionnel de santé ayant pratiqué les soins doit être inscrit au répertoire RPPS ou ADELI en tant que psychothérapeute ou psychologue,
- **Psychomotricité :** le professionnel de santé ayant pratiqué les soins doit être inscrit au répertoire RPPS ou ADELI en tant que psychomotricien,
- **Sophrologie :** le professionnel de santé ayant pratiqué les soins doit être inscrit au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS ou ADELI),
- **Diététique :** le professionnel de santé ayant pratiqué les soins doit être inscrit au répertoire ADELI en tant que diététicien,
- **Pédicure-Podologie :** le professionnel de santé ayant pratiqué les soins doit être inscrit au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) en tant que pédicure-podologue.
- **Naturopathie :** le professionnel de santé ayant pratiqué les soins doit être inscrit au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS ou ADELI)
- **Phytothérapie :** le professionnel de santé ayant pratiqué les soins doit être titulaire d'un diplôme d'état (médecin, pharmacien, sage-femme ou infirmiers),

Santé – Prévoyance – Retraite

Mutuelle GSMC - Siège social : 95 rue de Jemmapes - 59800 Lille - Tél. : 03 20 82 82 26 - www.mutuelle-gsmc.fr

MutuellesoumiseauxdispositionsdulivreII du Code de la mutualité - SIREN n°324 310 614

TVA intra-communautaire: exonération article 261 C du C.G.I.





CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

- **Réflexologie** : le professionnel de santé ayant pratiqué les soins doit être inscrit au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS ou ADELI) en tant que médecin, sage-femme ou infirmiers,
- **Ergothérapie** : le professionnel de santé ayant pratiqué les soins doit être inscrit au répertoire RPPS ou ADELI en tant qu'ergothérapeute,
- **Micro-kinésithérapie** : le professionnel de santé ayant pratiqué les soins doit être inscrit au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS ou ADELI) en tant que masseur-kinésithérapeute,
- **Tabacologie** : le professionnel de santé ayant pratiqué les soins doit être inscrit au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS ou ADELI) en tant que médecin.

La Mutuelle se réserve la possibilité de demander tous les justificatifs établissant la qualification et le statut du praticien.

ARTICLE 22. PRESTATION ALLOCATION MATERNITE

Cette prestation accessoire à la garantie « frais de soins de santé » souscrite par le membre participant vise à indemniser ce dernier des frais qui résultent d'une naissance ou d'une adoption plénière au sein de son foyer. Cette indemnisation s'effectue au moyen du versement d'une somme dont le montant est déterminé dans le tableau descriptif des garanties. Le paiement est effectué sur présentation des justificatifs mentionnés ci-dessus.

Seule la naissance d'un enfant du membre participant (peu importe que le membre participant soit le père ou la mère) ouvre droit à prestation. De même en cas d'adoption plénière, l'enfant doit être adopté par le membre participant. La Mutuelle se réserve le droit d'exiger tout justificatif nécessaire au versement de sa prestation.

ARTICLE 23. BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

- Ensemble des prestations

Les prestations sont versées par virement sur votre compte en banque domicilié en Union européenne. Toutefois, vos ayants droit de plus de 16 ans peuvent demander par courrier à ce que les prestations destinées à rembourser des dépenses qu'ils ont générées soient versées sur leur propre compte bancaire domicilié en Union européenne.

En cas d'utilisation du système dit de « tiers payant », le remboursement est effectué directement auprès du professionnel de santé.

- Allocation maternité

La prestation est versée par virement sur le compte bancaire domicilié en Union européenne du membre participant.

ARTICLE 24. FAUSSE DÉCLARATION - CONTROLE

Toute fausse déclaration de votre part ou d'un de vos éventuels ayants droit quant à la réalité et/ou à l'étendue du sinistre entraîne la nullité de la garantie. Les cotisations payées à ce titre restent acquises à la Mutuelle. La Mutuelle se réserve le droit de

soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout autre professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent contrat.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle. La charge des vacations et honoraires du médecin chargé du contrôle est supportée 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.

ARTICLE 25. PRINCIPE INDEMNITAIRE

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

ARTICLE 26. SUBROGATION

Si vous, ou vos ayants droit, êtes victimes d'un accident, la Mutuelle est subrogée dans vos droits lors de votre action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite du montant des prestations que la Mutuelle a versé.

ARTICLE 27. TERRITORIALITÉ

Les soins couverts par les garanties de la Mutuelle doivent avoir été effectués en France. Les cotisations et les prestations sont versées en euros. Les prestations sont payables uniquement sur des comptes bancaires ouverts en Union européenne.

Pour les actes effectués à l'étranger lors d'un séjour inférieur à 30 jours, ne seront indemnisés par la Mutuelle que les sinistres ayant fait l'objet d'une prise en charge par votre régime français d'assurance maladie obligatoire ou celui de vos ayants droit ou par la Caisse des Français de l'Etranger. Les remboursements seront effectués sur la base des tarifs français (notamment ceux résultant de la nomenclature des actes médicaux) pour le type d'actes ou de soins dont a bénéficié la personne.

En aucun cas, vous ou vos ayants droit, ne pouvez demander une indemnisation ou des remboursements sur la base des tarifs appliqués dans le pays où ils ont bénéficié des soins. Pour bénéficier des prestations de la Mutuelle, vous devez lui faire parvenir la facture acquittée et le décompte du régime français de Sécurité Sociale afférent à ces soins.

Pour les actes effectués à l'étranger et non pris en charge par votre régime français d'assurance maladie obligatoire, la Mutuelle ne prendra en compte que les actes qu'elle aurait indemnisés malgré





CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale si ces soins avaient eu lieu en France. Ce remboursement se fait uniquement sur la base des tarifs français.

ARTICLE 28. RÉPÉTITION DE L'INDU

Les prestations versées à tort par la Mutuelle, à un membre participant ou à ses ayants droit, pour quelque motif que ce soit, notamment lorsqu'elles correspondent à des frais médicaux postérieurs à la date de cessation des garanties, font l'objet d'action à répétition dans les conditions prévues aux articles 1302-1 et 1302-2 et suivants du Code Civil dans les deux années (2) qui suivent leur versement. Le membre participant est donc tenu de restituer ces sommes à la Mutuelle.

Ainsi, en cas de prestations indûment versées à un membre participant ou à un ayant droit, ou en cas d'utilisation du tiers payant par la présentation d'une carte d'adhérent, par un membre participant postérieurement à la suspension de ses garanties ou à la résiliation de son adhésion, entraînant le versement de prestations indues à un professionnel de santé, la Mutuelle récupère les sommes indûment versées par tous moyens mis à sa disposition et notamment par voie de compensation avec des prestations futures auxquelles les membres participants pourraient avoir droit.

A défaut de reversement de l'indu, la Mutuelle peut en poursuivre le recouvrement par toutes voies de droit.

ARTICLE 29. RÉCLAMATION DU MEMBRE PARTICIPANT ET MÉDIATION

Les membres participants ont ainsi la possibilité de formuler une réclamation en se rapprochant de leur service de gestion. Si la réponse formulée n'est pas satisfaisante, ils peuvent saisir le Service réclamations de la Mutuelle par courrier à l'adresse suivante :

GSMC – Services réclamations - 95 rue de Jemmapes 59800 LILLE
ou à service.reclamations@mutuellegsmc.fr.

Si le désaccord persiste et en cas d'absence de réponse sous un délai de soixante (60) jours ouvrables à compter de la date d'envoi de la réclamation initiale ou si les réponses apportées ne sont pas satisfaisantes, le membre participant peut avoir recours au service du médiateur désigné par le Conseil d'administration.

Le réclamant a la possibilité de saisir le Médiateur de la Mutuelle aux coordonnées suivantes :

Centre de Médiation et d'Arbitrage de Paris
39 avenue Franklin D. Roosevelt, 75008 PARIS.
Courriel : cmap@cmap.fr
Site internet : <https://www.cmap.fr/contact/>

Les décisions des commissions d'actions sociales, la motivation des résiliations des contrats ou adhésion, les décisions d'augmentation des cotisations et les procédures de recouvrement des cotisations ne peuvent faire l'objet d'un recours devant le collège des médiateurs.

