



Règlement mutualiste

Mutuelle des Services Publics est une marque de la Mutuelle des Etudiants de Provence (MEP) sis à Marseille, au 10 Rue Léon Paulet, 13008. Elle est enregistrée sous le numéro SIREN 782 814 826. Elle est régie par le Code de la mutualité et est soumise notamment aux dispositions du Livre II dudit Code.

CHAPITRE 1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 – RAISON SOCIALE DE LA MUTUELLE

La Mutuelle des Etudiants de Provence (ci-après « la MEP »), ayant son siège social au 10 rue Léon Paulet – 13008 Marseille est une mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°782 814 826.

ARTICLE 2 – OBJET DU REGLEMENT

Le présent règlement mutualiste définit le contenu des engagements entre les adhérents et la MEP : la durée, les prestations et les cotisations de la couverture complémentaire. Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer.

Il est adopté par le Conseil d'Administration de la MEP en application de l'article L114-1 du Code de la mutualité et dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale.

Les prestations sont définies par le tableau de garantie correspondant à la garantie choisie par le membre participant. Toute modification du présent règlement apportée par décision du Conseil d'administration est opposable après notification aux adhérents. A cet effet, le courrier postal est privilégié sans toutefois exclure l'envoi par courriel et les modalités de communication par voie de presse.

Les engagements entre la MEP et les adhérents dans le cadre des opérations collectives ne relèvent pas du présent règlement et sont définis dans les contrats collectifs à adhésion facultative ou obligatoire correspondants ainsi que dans les notices d'information qui sont remises aux adhérents concernés.

ARTICLE 3 : DEFINITION

Dans le présent règlement mutualiste, on entend par :

Accident : événement soudain imprévu et extérieur à la victime ayant pour elle, des conséquences matérielles et/ou physiques.

Adhérent : la personne qui adhère à la MEP pour lui-même et ses ayants droit.

Ayant droit : personne qui n'a pas signé de bulletin d'adhésion mais qui bénéficie des garanties de la MEP en raison de ses liens avec un adhérent.

Assurance Maladie Obligatoire (AMO) : régimes obligatoires français et monégasques de sécurité sociale couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Assurance Maladie Complémentaire (AMC) : ensemble des garanties assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire.

Auxiliaires Médicaux : Professionnels paramédicaux – à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes... - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire.

Base de remboursement : tarif de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement. Exemple : consultation réalisée par un médecin de secteur 2. On parle de :

- Tarif de Convention (TC) : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de cette profession,
- Tarif d'Autorité (TA) : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de socle de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention,
- Tarif de Responsabilité (TR) : pour les médicaments, les appareillages et autres biens médicaux.

Garantie : engagement de l'organisme d'assurance maladie complémentaire à assurer la prise en charge totale ou partielle des frais de santé à un niveau prévu à l'avance par des documents contractuels. Les garanties peuvent notamment concerner les frais liés à une hospitalisation (honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière...), les consultations et visites de médecins généralistes ou

spécialistes, les frais pharmaceutiques (médicaments et vaccins), les frais de biologie médicale (analyses), les actes médicaux et d'auxiliaires médicaux, les frais d'optique : montures, verres et lentilles, les frais de soins et de prothèses dentaires, les frais d'appareillage (audioprothèse, fauteuil roulant ...).

Prestations : il s'agit des montants remboursés à un adhérent ou ses ayants droit par l'organisme d'assurance maladie complémentaire en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

Ticket modérateur (TM) : c'est la 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). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD). Le ticket modérateur est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire. La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces frais constituant le reste à charge.

Tiers-payant : paiement direct, total ou partiel des frais médicaux ou pharmaceutiques par les organismes d'assurance complémentaire en lieu et place de l'assuré le dispensant de tout ou partie de l'avance de frais.

CHAPITRE 2 ADHESION

ARTICLE 4-RISQUES COUVERTS

Les garanties individuelles de frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et, le cas échéant, à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux chirurgicaux et d'hospitalisation engagés, pendant la période de garantie, en complément des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire et dans la limite des frais réellement engagés

ARTICLE 5- CONDITIONS D'ADHESION

5.1. MODALITES D'ADHESION

L'adhésion à la MEP résulte de la signature du bulletin d'adhésion accompagné d'une photocopie d'un justificatif d'identité, l'attestation de carte vitale, le relevé d'identité bancaire, et le cas échéant le mandat de prélèvement SEPA en cas de paiement des cotisations par prélèvement bancaire.

L'adhésion est possible en cours d'année civile pour une durée minimale de douze mois et se renouvelle par tacite reconduction à la date anniversaire de la souscription pour une année sauf résiliation selon les modalités définies à l'article 9. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et règlements. L'adhérent est tenu d'informer dans les meilleurs délais la MEP de toute modification de sa situation administrative ou familiale. Le cas échéant, un justificatif peut être exigé pour la prise en compte de ces modifications.

5.2. DROIT DE RENONCIATION

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires révolus. Ce délai commence à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion. Le contrat ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf accord de l'adhérent. L'adhérent qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande conformément aux articles L.121-21-5 et L.121-30 du code de la consommation. Si l'adhérent exerce son droit de renonciation, la MEP devra lui rembourser à l'exception de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande. A l'inverse, l'adhérent sera tenu de restituer à la MEP, dans les mêmes conditions et délai, toute prestation qu'il aurait reçue de cette dernière. Le droit de renonciation est exercé par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au siège social et administratif situé au 10 Rue Léon Paulet – 13008 MARSEILLE. Cette lettre peut être rédigée selon le modèle suivant : "Je soussigné(nom, prénom)....demeurant (adresse de l'adhérent),

déclare renoncer au contrat santé n°... (Inscrire le numéro de contrat) souscrit le auprès de la MEP + Adresse Date..... Signature de l'adhérent"

ARTICLE 6 – PRISE D'EFFET DE L'ADHESION

Sont assurés au titre du présent règlement mutualiste, les adhérents ayant signé un bulletin d'adhésion, et étant affiliés à l'Assurance Maladie Obligatoire telle que définie à l'article 3. Peuvent également bénéficier de la garantie les ayants droit de l'adhérent tels que définis à l'article 8 du présent règlement mutualiste.

La prise d'effet s'opère à la date d'effet mentionnée sur le bulletin d'adhésion. Elle ne peut pas être antérieure à la date de signature à l'exception de l'ajout d'ayant-droit pour :

- **Naissance** : l'affiliation de l'enfant nouveau-né est soumise à la signature d'un avenant au bulletin d'adhésion. La prise d'effet est la date de naissance de l'enfant nouveau-né si l'adhérent communique à la MEP l'acte de naissance ainsi que l'attestation Sécurité sociale comportant le rattachement de l'enfant à l'un de ses parents dans les trois mois suivant la naissance. Passé ce délai, l'adhésion prendra effet à la date d'effet mentionnée sur le bulletin d'adhésion.
- **Adoption** : l'affiliation de l'enfant est soumise à la signature d'un avenant au bulletin d'adhésion. La prise d'effet est la date à laquelle l'enfant est confié en vue d'adoption à la famille si l'adhérent communique à la MEP l'acte d'adoption, ainsi que l'attestation Sécurité sociale comportant le rattachement de l'enfant à l'un de ses parents dans les trois mois suivant l'adoption. Passé ce délai, l'adhésion prendra effet à la date d'effet mentionnée sur le bulletin d'adhésion.

ARTICLE 7 – PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE, DELAIS D'ATTENTE

7.1. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Le droit aux prestations est ouvert à partir de la date d'effet inscrite sur le bulletin d'adhésion ou l'avenant au bulletin d'adhésion suite à une modification.

7.2. DELAIS D'ATTENTE

Le délai d'attente, également appelé délai de carence ou de stage, est la période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas, ou de manière limitée et ce bien que l'adhérent cotise. Le point de départ du délai d'attente est la prise d'effet de la garantie.

7.2.1 Contrats responsables

Par dérogation au point 7.1 et à l'exclusion des prises en charge imposées par le cahier des charges du contrat responsable, fixées par l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (ticket modérateur, participation forfaitaire de 24 euros pour les actes techniques supérieurs à 120 euros, forfaits journaliers hospitaliers, dispositions du reste à charge 0...), la mutuelle applique un délai d'attente d'une durée de :

- 6 mois sur les prestations suivantes : forfait frais d'accompagnement hospitalier, forfait chambre particulière (hors maternité), cures thermales, forfait vaccins non remboursés par l'AMO, forfait appareillages, forfait prothèse capillaire, dépassement du ticket modérateur en prothèses dentaires (paniers de soins maîtrisés et libres), forfait dentaire des actes non remboursés par l'AMO et l'orthodontie,
- 10 mois sur les prestations suivantes : forfait chambre particulière maternité,
- 12 mois sur les prestations suivantes : forfait cures thermales et forfait chirurgie oculaire.

7.2.2 Contrats non responsables

Par dérogation au point 7.1., la mutuelle applique un délai d'attente d'une durée de :

- 6 mois sur les prestations suivantes : hospitalisation chirurgicale et médicale, forfait hospitalier, forfait hospitalier psychiatrie, forfait frais d'accompagnement hospitalier, forfait maison de repos et établissements spécialisés, forfait chambre particulière (hors maternité), cures thermales, forfait prothèses auditives,

dépassement du ticket modérateur en prothèses dentaires, forfait dentaire des actes non remboursés par l'AMO et l'orthodontie

- 10 mois sur les prestations suivantes : forfait hospitalisation obstétricale, forfait chambre particulière maternité,
- 12 mois sur les prestations suivantes : forfait cures thermales et forfait chirurgie oculaire.

7.2.3. EXONERATION DE DELAIS D'ATTENTE

Les délais d'attente ne sont pas appliqués aux nouveaux adhérents pouvant justifier du bénéfice d'une complémentaire santé antérieure, avec une interruption maximale de trois mois entre la résiliation de l'ancienne couverture et l'adhésion à la MEP. Cette justification est apportée sur présentation d'un certificat de radiation.

7.3. CHANGEMENT DE GARANTIE

L'adhérent peut demander un changement de niveau de garantie à l'expiration d'un délai de douze mois suivant la date d'effet de son adhésion, ou le cas échéant, suivant la date d'effet du précédent changement de niveau de garantie sous réserves qu'il respecte les conditions suivantes :

- Etre à jour de ses cotisations au moment de la demande,
- Retourner l'avenant au bulletin d'adhésion et les documents requis dans le délai imparti (cf bulletin d'adhésion).

Le changement de garantie est effectif à la date d'effet mentionnée sur le bulletin d'adhésion. A défaut (dossier incomplet et/ou hors délai) la prise d'effet est décalée au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception du dossier complet.

Tout changement de garantie est irrévocable pendant une période de 12 mois à compter de sa prise d'effet.

Pour tout changement de garantie et, le cas échéant, sous réserve du respect des dispositions de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, l'adhérent pourra prétendre au montant des forfaits de sa nouvelle garantie déduction faite des forfaits consommés au titre de son ancienne garantie au cours de l'année civile.

ARTICLE 8 – CATEGORIES D'AYANTS DROIT

Les ayants droit des garanties sont les personnes mentionnées sur le bulletin d'adhésion autres que l'adhérent et entrant dans une des catégories suivantes :

- le conjoint de l'adhérent légalement marié non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestations : est assimilé au conjoint le concubin reconnu ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), sur présentation, selon le cas, d'une attestation sur l'honneur de vie commune ou de la copie du Pacte Civil de Solidarité ;
- l'enfant légitime, naturel, reconnu, recueilli ou adopté de l'adhérent ou de son conjoint s'il est effectivement à la charge de l'adhérent ainsi que les enfants, non confiés à la garde de l'adhérent, mais pour lesquels il est tenu judiciairement de verser une participation alimentaire.
- tout autre membre de la famille de l'adhérent ou de son conjoint à leur charge (ascendant, descendant, collatéral jusqu'au 3^{ème} degré ou l'allié au même degré que l'assuré social, qui vit sous le toit de celui-ci et se consacre exclusivement aux travaux de ménage et à l'éducation d'enfants à la charge de l'assuré.

Sont considérés comme enfants à charge :

- tout enfant jusqu'au 31 décembre de l'année de son 20^{ème} anniversaire,
- tout enfant, jusqu'au 31 décembre de l'année de son 26^{ème} anniversaire, qui poursuit ses études sur présentation d'un certificat de scolarité,
- tout enfant, jusqu'au 31 décembre de l'année de son 26^{ème} anniversaire, en contrat d'apprentissage (apprentissage, professionnalisation, etc.,...) sur présentation d'un contrat en alternance,
- tout enfant, jusqu'au 31 décembre de l'année de son 26^{ème} anniversaire, qui est demandeur d'emploi et qui est inscrit à Pôle Emploi sur présentation de l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,

- tout enfant atteint d'une infirmité, sans limite d'âge (selon la réglementation du régime de la Sécurité Sociale) telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunérée sur présentation d'une attestation d'invalidité.

ARTICLE 9 – RESILIATION DU CONTRAT OU RADIATION D'UN AYANT DROIT

Toute adhésion est souscrite pour la durée minimum d'un an et se renouvelle ensuite par tacite reconduction à la date anniversaire de souscription du contrat, sauf résiliation :

1. à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion en application de l'article L221-10-2 du code de la mutualité. Dans ce cas, la résiliation prendra effet un mois après réception de la demande.
2. à la date d'échéance (article L221-10 du code de la mutualité)
Dans ce cas, l'adhérent peut demander la résiliation des garanties qui lui sont offertes par la mutuelle ou demander la radiation d'un de ses ayants deux mois avant la date d'échéance.
3. dans les conditions de la loi Châtel prévue à l'article L. 221-10-1 du Code de la Mutualité,
4. pour changement de situation de l'adhérent en cours d'année en lien avec le contrat en application de l'article L221-17 du code de la mutualité.
Dans ce cas, l'adhérent peut demander la résiliation des garanties qui lui sont offertes par la mutuelle ou demander la radiation d'un de ses ayants droit en cours d'année pour les cas mentionnés ci-dessous sous réserve de joindre les justificatifs correspondants dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation :
 - Perte du régime d'assurance obligatoire français,
 - Attribution de la complémentaire santé solidaire (CSS),
 - Contrat de groupe obligatoire instauré par décision de branche ou par accord d'entreprise
 - Décès,
 - Divorce ou séparation,
 - Mariage, PACS,
 - Déménagement hors du territoire national.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

Dans tous les cas, la notification de la dénonciation ou de la résiliation doit être adressée à la mutuelle et peut être effectuée, au choix de l'adhérent :

Par courrier : UMGP - CS 70010 - 13272 Marseille Cedex 08

Via le formulaire de contact disponible sur le site

<https://www.umgp.fr/contact>.

9.1. RESILIATION DES GARANTIES PAR LA MUTUELLE

La mutuelle peut résilier les garanties fournies au membre participant, dans les cas suivants :

- En cas de défaut de paiement des cotisations, (voir art. 14.2. et 14.3.),
- Lors d'une modification de la situation du membre participant (lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ne sont plus remplies ou en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial et de profession ou en cas de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle), lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle, en lui adressant une lettre recommandée dans les trois mois suivant la date de la révélation de l'événement. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de sa notification (article L.221-17 du Code de la Mutualité). Dans cette hypothèse, la mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation,
- En cas de fausse déclaration intentionnelle, d'une part, en cas d'omission d'informations ou d'inexactitude des informations fournies et de mauvaise foi (articles L.221-15 et L.221-17 du Code de la Mutualité), pour les éléments visés à l'article 11 du présent règlement. La mutuelle adresse

valablement les mises en demeure et notifie valablement les résiliations au dernier domicile connu du membre participant.

9.2. CONSEQUENCES DE LA RADIATION

L'adhérent est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, la mutuelle rembourse au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

Le droit aux prestations cesse dès la prise d'effet de la radiation sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

L'utilisation de la carte de tiers payant pendant une période de suspension ou après une radiation est frauduleuse. Toute prestation indûment servie entraînera la réclamation de son remboursement et la réparation des préjudices subis, par tous moyens légaux à disposition de la Mutuelle.

CHAPITRE 3 COTISATIONS

ARTICLE 10 – DETERMINATION DES COTISATIONS

Conformément à l'article L.112-1 et à l'article L. 112-1-1 du Code de la Mutualité, le bénéfice des garanties et des services proposés par la MEP est subordonné au paiement d'une cotisation annuelle déterminée selon les critères du Code de la Mutualité notamment :

- la garantie choisie
- l'âge de chacun des bénéficiaires
- la composition familiale
- le régime de Sécurité Sociale d'affiliation
- le lieu de résidence.

Toute modification d'un de ces critères en cours d'année peut entraîner une modification du montant de la cotisation. En cas de changement d'adresse, le nouveau montant de cotisation prend effet le premier jour du mois suivant la date à laquelle la mutuelle a été informée du changement. A cette cotisation mutualiste H.T., s'ajoute le montant des taxes légales applicables dont le taux est susceptible d'évoluer en cours d'année en fonction des décisions réglementaires

ARTICLE 11 – GRATUITE

La cotisation est gratuite pour les contrats dont la cotisation est établie par individu (adhérent ou ayant droit) composant la famille :

- pour le nouveau-né, jusqu'au dernier jour du mois précédant son premier anniversaire,
- pour l'enfant adopté, jusqu'au dernier jour du mois précédant le premier anniversaire de la date où l'enfant a été confié à la famille en vue de l'adoption,
- pour le 3ème enfant à charge et suivants.

La gratuité ne s'applique pas aux contrats individuels dont les cotisations sont calculées selon la composition familiale.

ARTICLE 12 – REVISION DES COTISATIONS

Les cotisations peuvent être révisées par le Conseil d'Administration afin de prendre en compte l'équilibre technique des garanties, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, les modifications des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire, et le cas échéant les évolutions de la taxation des contrats d'assurance complémentaire santé. La modification est applicable à l'adhérent dès qu'elle lui a été notifiée.

ARTICLE 13 – PAIEMENT DES COTISATIONS

13.1. MODALITES DE REGLEMENT

La cotisation est annuelle, payable d'avance en fonction de la garantie choisie.

La cotisation est due au 1er janvier de chaque année ou pour les nouveaux adhérents à partir de la date de l'adhésion. Elle peut être acquittée par carte bancaire, prélèvement automatique sur compte bancaire, postal ou similaire, par précompte sur le salaire ou chèque bancaire. Son paiement peut être annualisé ou fractionné par mois (uniquement en cas de

règlement par prélèvement automatique et précompte sur le salaire), par trimestre ou par semestre.

Les membres honoraires s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle de six euros (6 €). La cotisation de membre honoraire est payable par chèque lors de l'adhésion, puis annuellement par prélèvement automatique sur compte bancaire.

13.2 INCIDENT DE PAIEMENT

En cas d'incident de paiement, la MEP se réserve le droit de mettre à la charge de l'adhérent :

- o Les frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure)
- o Les frais occasionnés en cas de rejet de prélèvement bancaire.

13.3. DEFAT DE PAIEMENT

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la Mutualité, à défaut du paiement d'une cotisation, ou fraction de cotisation, due dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la MEP de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure adressée à l'adhérent. La MEP a le droit de résilier au plus tôt la garantie 10 jours après la suspension du contrat définie ci-dessus. Lors de l'envoi de la mise en demeure, l'adhérent est informé, que son contrat est susceptible d'être résilié dans les délais définis ci-dessus. Dans le 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 garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la MEP les cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure, et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

13.4. REINTEGRATION SUITE A DEFAT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Pour pouvoir être réintégré dans la Mutuelle, l'adhérent devra adresser une demande à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 mois suivant la date de radiation, et régler l'arriéré de ses cotisations. La réintégration a un effet rétroactif depuis la date de radiation. Par conséquent, l'adhérent devra également s'acquitter des cotisations correspondant à la période de réintégration. Dans le cas où le délai de 2 mois est dépassé, la demande d'adhésion d'un ancien adhérent radié de la MEP pour non-paiement des cotisations, ou ayant demandé la résiliation de sa garantie sans avoir payé tout ou partie de la cotisation y afférant, ne pourra être acceptée qu'après régularisation des sommes dues à la MEP, si l'action n'est pas prescrite, conformément aux dispositions de l'article 27 du présent règlement. Cette adhésion sera alors considérée par la MEP comme une nouvelle adhésion.

ARTICLE 14 – REMBOURSEMENT DE COTISATIONS

L'adhérent est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, la mutuelle rembourse au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet. Le remboursement des cotisations est soumis à l'obligation préalable de restitution de la ou des carte/s mutualiste/s de tiers-payant délivrée/s par la MEP.

CHAPITRE 4 PRESTATIONS GARANTIES

ARTICLE 15 – DEFINITION DES PRESTATIONS GARANTIES

Les prestations offertes par la MEP sont les remboursements de frais fixés selon la garantie choisie par le membre participant dans le bulletin d'adhésion au titre des soins nécessités par une maladie ou un accident garanti par la mutuelle. Un descriptif des garanties définissant les prestations assurées conformément au contrat choisi est remis à l'adhérent avec le présent règlement. Les modifications des prestations garanties sont applicables de plein droit dès leur notification aux adhérents. Les prestations de la MEP sont versées en complément ou en supplément de l'assurance maladie obligatoire. Dans le descriptif des garanties, elles sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement des régimes obligatoires français en vigueur en date de la

dernière Assemblée Générale MEP ou sous forme de forfait en fonction de la garantie choisie. Elles peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'un plafonnement de remboursement. Selon la garantie choisie, la MEP peut également prendre en charge des prestations non remboursables par l'assurance maladie obligatoire. La MEP peut proposer dans son offre des différences de niveaux de prestation notamment lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du Code de la Sécurité Sociale. Sauf décision contraire de l'Assemblée Générale, la modification des taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire ne pourra avoir pour effet de majorer automatiquement les remboursements de la MEP. Les prestations offertes en inclusion des garanties santé de la mutuelle et intitulées « prévoyance » sont des versements d'allocations ou de primes aux membres participants en cas de survenance des risques définis par les contrats souscrits, ainsi que l'accès à un service d'assistance à la vie quotidienne. Ces prestations sont garanties par :

• Filassistance International, situé 108 bureaux de la colline 92213 Saint Cloud cedex

Dans l'intérêt de ses membres, la mutuelle peut rechercher la conclusion d'accords, dans le cadre de convention(s), visant à faire bénéficier ses adhérents d'un tarif mutualiste spécifique avec des structures sanitaires et sociales privées et publiques, ainsi qu'avec des professionnels de santé (médical, paramédical) présents sur ses zones d'intervention. Ce type d'accords est ouvert à toute structure sanitaire et sociale, et à tout professionnel de santé qui s'engage à respecter le cadre souhaité par la mutuelle.

ARTICLE 16 – LIMITE DE REMBOURSEMENT

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. L'adhérent s'engage, sur simple demande de la Mutuelle, à lui présenter toutes pièces justificatives correspondant aux prestations perçues au cours des douze derniers mois. En outre, en cas de régularisation ultérieure de la Caisse d'Assurance Maladie, l'adhérent s'engage à transmettre à la Mutuelle le décompte rectificatif qu'il a reçu afin de permettre la correction du remboursement de la Mutuelle. En cas de pluralité de contrats garantissant l'adhérent, conformément à l'article 2, alinéa 1er du décret n°90-769 du 30 août 1990, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. Ainsi, si l'adhérent souscrit auprès de plusieurs entreprises d'assurance des contrats pour un même intérêt contre un même risque, il doit en informer immédiatement la Mutuelle en portant à sa connaissance le nom et les coordonnées du ou des assureurs le garantissant contre le même risque que celui couvert par la Mutuelle. Il devra ensuite lui fournir les originaux des décomptes de prestations payées par la Caisse d'Assurance Maladie ou l'impression des décomptes AMELI ainsi que les décomptes originaux du ou des assureur(s) complémentaire santé de premier niveau, pour obtenir le remboursement des prestations. Celles-ci seront versées compte tenu du paiement effectué par la Sécurité Sociale et par le ou les assureur(s) santé de premier niveau dans les limites précédemment exposées.

ARTICLE 17- PRESTATIONS

Seuls les frais de santé dont la date de soins est postérieure à la date d'adhésion (ou à la date d'affiliation pour les ayants-droit) peuvent donner lieu à prise en charge au titre du règlement mutualiste.

Les remboursements sont effectués par virement sur le compte indiqué par l'adhérent. La date des soins prise en compte pour le remboursement des prestations dues par la MEP (y compris pour les forfaits versés en supplément du remboursement du régime obligatoire) est celle portée sur le document émis par l'assurance maladie obligatoire intervenant pour sa part. Dans le cas de prestations versées hors intervention de l'assurance maladie obligatoire, la date des soins prise en compte sera celle portée sur la facture, à défaut la date de facturation.

17.1. TIERS PAYANT

Les prestations garanties par la MEP peuvent être versées directement aux professionnels ou aux établissements de santé dans le cadre de la pratique du tiers payant. Le tiers payant est effectué, pour les prestations suivantes :

- radiologie, pharmacie, laboratoire, auxiliaires médicaux sur présentation au professionnel de santé de la carte mutualiste remise par la Mutuelle à ses adhérents,
- hospitalisation, dentaire et optique sur délivrance au préalable d'une prise en charge obligatoirement demandée par un établissement ou un professionnel de santé.

La MEP se réserve le droit de poursuivre toute personne qui utiliserait frauduleusement la carte mutualiste. L'usage frauduleux de la carte s'entend de l'utilisation par l'adhérent non à jour de cotisations ou radié ou à toute autre personne agissant en connaissance de cause dans le but d'obtenir indûment le paiement de prestations par la MEP. En tout état de cause, l'adhérent doit immédiatement avertir les professionnels de santé lors d'un changement de garantie en cours d'année ou de la radiation de son contrat.

17.2. RECOURS A LA TELETRANSMISSION

Sauf refus de l'adhérent, les remboursements de la MEP sont effectués au vu des informations transmises par l'assurance maladie obligatoire ou par les Professionnels de Santé dans le cadre du procédé de la télétransmission et notamment du procédé d'échanges informatiques « Noémie ». Dans ce cas, la MEP effectue ses remboursements sans avoir recours aux originaux des décomptes de l'assurance maladie obligatoire. A défaut d'application du procédé Noémie, les remboursements sont effectués sur présentation des décomptes originaux voire scannés établis par l'assurance maladie obligatoire. De manière générale, les pièces suivantes pourront être réclamées à l'adhérent, selon le type de prestations :

- Les décomptes originaux des prestations du régime obligatoire,
- Les originaux des factures des établissements hospitaliers et des professionnels de santé, factures subrogatoires, notes d'honoraires des chirurgiens, portant la mention « acquittée le » ou « payée le »,
- Les notes d'honoraires et factures portant la mention « acquittée le » ou « payé le » afin de justifier les dépenses réelles. Les demandes de paiement des honoraires médicaux et fournitures accompagnées des justifications nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 24 mois à compter de la date du remboursement de l'acte médical par le régime d'assurance maladie obligatoire,
- la prescription médicale.
- l'original voire scanné du décompte de prestation délivré par tout autre organisme complémentaire.

17.3. CONTROLES

La mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce justificative, avant ou après le paiement des prestations, afin de vérifier la réalité des dépenses engagées.

En cas de refus du bénéficiaire de produire les pièces réclamées ou lorsque les résultats de ce contrôle ne correspondent pas à la réalité des dépenses engagées, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.

Dans l'hypothèse d'un contrôle a posteriori dont le résultat serait défavorable à l'adhérent, ce dernier devra restituer à la mutuelle l'intégralité des prestations indûment perçues. La mutuelle sera fondée à poursuivre le recouvrement de toute somme indûment versées, et non remboursée par l'adhérent, par toute voie de droit.

ARTICLE 18 – PRESTATIONS INDUES

L'adhérent doit informer la MEP dans les plus brefs délais en cas de prestations indûment versées. En tout état de cause, que l'adhérent ait pris connaissance par lui-même ou par information de la mutuelle de prestations indûment versées pour son compte, il s'oblige à rembourser à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, les prestations versées à tort pour quelque raison que ce soit. Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence sur les prestations ultérieures versées par la Mutuelle au titre de la répétition de l'indu. Toutefois, la mutuelle sera

fondée à poursuivre le recouvrement de toute somme indûment versées, et non remboursée par l'adhérent, par toute voie de droit.

ARTICLE 19 – CONTRATS SOLIDAIRES ET RESPONSABLES – OBLIGATIONS DE PRISE EN CHARGE ET D'INFORMATION

Le contrat est dit « solidaire » lorsqu'aucune sélection médicale n'est effectuée lors de l'adhésion et que le tarif n'évolue pas en fonction de l'état de santé de l'adhérent, ni de celui de ses ayants droit.

Le contrat est dit « responsable » lorsque les garanties proposées par la Mutuelle s'inscrivent dans le cadre des dispositions de l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et les textes publiés pour son application (articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale). À ce titre, lesdites garanties sont conformes au cahier des charges du contrat responsable et respectent :

- l'interdiction de la prise en charge de la participation forfaitaire à 1€ pour chaque consultation et la franchise médicale applicable aux médicaments, aux actes paramédicaux et aux transports sanitaires ;
- l'interdiction de prise en charge de la majoration du ticket modérateur applicable aux assurés ayant consulté un médecin sans avoir préalablement choisi un médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (respect du parcours de soins) ;
- le remboursement minimum du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins à l'exception des cures thermales, des médicaments remboursés à 30% et 15% et de l'homéopathie, sauf précision contraire dans le tableau des prestations ;
- la prise en charge du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ;
- la maîtrise des frais d'optique avec, soit une prise en charge du ticket modérateur soit des remboursements supérieurs mais strictement encadrés dans des minima et des maxima en fonction de la correction et de la complexité du verre correcteur. Ceci dans la limite d'un renouvellement de correction tous les deux ans de date à date, sauf dans les cas soit d'un changement de correction nécessaire, soit pour les enfants où le renouvellement de correction, pour ces deux cas, peut avoir lieu tous les ans de date à date ;
- un remboursement différencié selon que le patient a consulté ou pas un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM).
- Le remboursement intégral du forfait patient urgence (FPU)

ARTICLE 20 –DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE

Depuis le 1er janvier 2017, deux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) ont été mis en place :

- l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée des chirurgiens et obstétriciens (dite OPTAM CO)
- l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (dite OPTAM) pour les médecins des autres spécialités.

En adhérant à l'OPTAM ou à l'OPTAM CO, le médecin s'engage à maintenir ou à augmenter la part des actes qu'il pratique au tarif opposable (sans dépassement) et à stabiliser ses honoraires ainsi que son taux moyen de dépassement concernant les autres actes. En contrepartie, ses patients et lui-même bénéficieront des conditions de remboursement applicables aux médecins du secteur 1, c'est-à-dire plus favorables. L'adhérent et ses ayants droit profiteront également, au titre du contrat frais de santé, d'un remboursement plus important de la consultation par rapport à la consultation auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins.

ARTICLE 21 – DISPOSITIONS SPECIFIQUES

21.1. PRISES EN CHARGE DES MEDECINES COMPLEMENTAIRES NON PRISES EN CHARGE PAR LE REGIME OBLIGATOIRE

Les séances d'ostéopathe, de chiropracteur, de diététicien, de pédicure, de podologue, de dermatologue, de masseur kinésithérapeute, de psychologue, de psychomotricien doivent être pratiquées par des professionnels de santé enregistrés sur le répertoire Adeli (système d'information national sur les professionnels de santé), ou sur le RPPS (répertoire partagé des professions de santé), pour être remboursées par la Mutuelle selon la garantie souscrite.

Les médicaments prescrits non remboursés par l'assurance maladie obligatoire doivent être enregistrés dans la base de données publiques du médicament pour être éligibles au remboursement de la MEP prévu par certaines garanties (liste accessible sur internet).

21.2. ETABLISSEMENTS ET SERVICES SPECIALISES

Sont considérés comme établissements et services spécialisés : les maisons de convalescence de repos, de rééducation, les sanatoriums, les moyens et longs séjours, les maisons d'enfants à caractères sanitaires.

21.3. FORFAIT JOURNALIER

Le forfait journalier éventuellement pris en charge par la MEP s'entend du forfait défini à l'article L 174-4 du Code de la Sécurité Sociale.

21.4. CHAMBRE PARTICULIERE

Le remboursement de la chambre particulière n'est accordé que pour les hospitalisations d'au moins une nuit et suivant l'option ou la garantie choisie (sauf convention particulière signée avec un établissement de santé).

21.5. CURES THERMALES NON REMBOURSEES PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Si les cures sont justifiées par l'existence d'une pathologie ORL ou par la nécessité de bénéficier de soins de rhumatologie, elles sont prises en charge par la MEP au titre du « forfait cure thermale » sous réserve d'un accord spécifique entre la MEP et l'établissement thermal concerné.

21.6. FRAIS D'ACCOMPAGNANT OU D'ACCOMPAGNEMENT

Les frais d'accompagnant ou d'accompagnement sont les frais engagés (lit, plateau repas) par une personne accompagnante, dans un établissement de santé ou dans une maison des parents, dans le cadre de l'hospitalisation de l'adhérent ou d'un ayant droit. Ces frais sont remboursés sur présentation du certificat d'hospitalisation et d'une facture acquittée de l'établissement au nom du bénéficiaire hospitalisé (adhérent ou ayant droit) et dans la limite prévue par la garantie.

21.7. SOINS A L'ETRANGER

Le remboursement des soins effectués à l'étranger est assuré dans la limite de la garantie souscrite et sous réserve de la prise en charge préalable de l'assurance maladie obligatoire. Les soins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire ne sont pas pris en charge par la MEP.

CHAPITRE 5 DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 22 : GARANTIES ELIGIBLES A LA PARTICIPATION DES COLLECTIVITES TERRITORIALES ET DE LEURS ETABLISSEMENTS PUBLICS

La MEP propose des garanties éligibles à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics, au sens du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011.

ARTICLE 23 : REGLEMENT GENERAL DE PROTECTION DES DONNEES

Dans le cadre de l'exécution du présent règlement mutualiste, ainsi que pour l'organisation de la vie institutionnelle de la Mutuelle réglementée par les dispositions statutaires de cette dernière, les données à caractère personnel feront l'objet d'un traitement au sens du et conformément au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016. Il est rappelé que l'ensemble des informations transmises par l'adhérent, de même que celles recueillies ultérieurement auprès de ses ayants droit sont nécessaires à la gestion des garanties prévues au contrat ainsi qu'à l'exécution des dispositions statutaires aux fins d'organiser la vie institutionnelle de la Mutuelle. Elles font donc l'objet d'un traitement destiné à la prospection des adhérents potentiels, à 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 cotisations, la gestion du contentieux, ou à des fins statistiques). Elles peuvent également être utilisées : i) pour répondre aux intérêts légitimes de la Mutuelle et notamment, la protection et le développement de ses activités, l'amélioration de ses produits et des services offerts aux

adhérents, la recherche de nouveaux produits et de nouveaux adhérents, la lutte contre la fraude et ii) pour satisfaire des obligations légales et réglementaires et notamment la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les déclarations et prélèvements obligatoires auprès et au profit des autorités administratives, fiscales et publiques, comme les déclarations et prélèvements fiscaux et sociaux. Les données ainsi recueillies permettent, également, à la Mutuelle de proposer à l'adhérent des garanties autres adaptées au regard de son profil (notamment de son âge, situation familiale, situation professionnelle, niveau de revenu, etc...) notamment dans le cadre de son devoir de conseil. Les destinataires des données sont les services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et des prestations, les organismes de sécurité sociale, administratifs et judiciaires définis par la loi et organe de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat assurant la confidentialité et la sécurité des données ainsi que leur traitement conformément aux instructions de la Mutuelle et dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Les destinataires pourront également être, en dehors de la Mutuelle, les assureurs en inclusion, les sous-traitants, les réassureurs, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux. Toutes ces données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Ainsi les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à l'initiative du prospect/adhérent ou la fin de la relation contractuelle. Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'affiliation/adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales relatives aux garanties prévues choisies par l'adhérent (se reporter à l'article « **prescription** »). Il est également précisé qu'en cas de contestations, contentieux, la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée. Conformément à la réglementation, l'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données les concernant. Ils peuvent, à cette fin, s'adresser au Responsable de la protection des données (DPO : data privacy officer) à l'adresse email adressé à : dpo@heyme.care.

Le délai de réponse de la Mutuelle est d'un mois à compter de la réception de la demande. Dans l'hypothèse où l'adhérent ou son/ses ayant droits, souhaitent faire valoir leur droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du contrat et des garanties attachées, la Mutuelle rappellera par lettre recommandée avec accusé de réception les conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire une difficulté, voir une impossibilité, d'exécuter les dispositions du contrat, voire les statuts de la Mutuelle. L'adhérent pourra, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. En application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, nous vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec la Mutuelle, vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société OPPOSETEL, Service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret, 10 000 Troyes, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

ARTICLE 24 : RECLAMATION

Les adhérents, leurs ayants droit ou toute personne intéressée ont la possibilité de formuler toute réclamation relative à l'application du présent régime en adressant une demande au conseiller habituel ou à tout autre interlocuteur ou service de la mutuelle. Si cette première réponse ne le satisfait pas, la réclamation peut être transmise à l'adresse postale suivante : UMGP - CS 70010 - 13272 Marseille Cedex 08 ; Par téléphone : au 09 71 09 07 07 du lundi au vendredi de 9h à 18h. Ou à l'adresse email suivante : <https://www.umgp.fr/contact>.

Toute réclamation fera l'objet d'un accusé de réception sous 10 jours et fera l'objet d'une réponse sous 60 jours maximum. Les modalités pratiques sont précisées au titre IV du règlement intérieur.

ARTICLE 25 : MEDIATION

En cas de désaccord persistant après la réponse donnée par la Mutuelle et après épuisement de ses voies de recours internes, ou à défaut de réponse de la part de la MEP dans un délai de deux mois, l'adhérent ou son ayant droit peut saisir gratuitement le Médiateur.

Pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit se faire dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de la Mutuelle, et être accompagnée du justificatif de cette réclamation.

Toute demande de médiation doit être formulée soit :

Par lettre, à l'adresse suivante : Médiateur de la CMAP – 39, Avenue Franklin D.Roosevelt – 75008 Paris;

Par e-mail : consomation@cmap.fr.

ARTICLE 26 : SUBROGATION

La mutuelle est subrogée dans les conditions prévues par l'article L.224-9 du Code de la Mutualité et jusqu'à concurrence des prestations qu'elle a versées, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables. La mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par l'organisme mutualiste n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

ARTICLE 27 : PRESCRIPTION

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Par exception, le délai de prescription concernant des prestations indues est de 5 ans à compter du jour où la Mutuelle a connu les faits ayant entraîné l'indu.

En tout état de cause, le délai de prescription ne court :

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du Code civil, à savoir :

- la reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- la demande en justice (même en référé) ;
- un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue 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 ou envoi recommandé électronique avec accusé réception adressée par la Mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur, telle que prévue par l'article « Réclamation – médiation » du présent règlement. La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées relatives aux engagements dont l'exécution

dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

Ni l'adhérent, ni la Mutuelle ne peuvent, même d'un commun accord, modifier la durée de la prescription, ou ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 28 : FAUSSE DECLARATION

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, d'omission ou de déclaration inexacte par l'adhérent, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, l'adhérent peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité :

- En cas de mauvaise foi, la nullité de la garantie (L. 221-14 du Code de la Mutualité).
- Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie, la réduction du montant des prestations garanties ou l'augmentation de la cotisation (L.221-115 du Code de la Mutualité).

Article 29 : Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que la Mutuelle se réserve le droit de lui demander toutes informations et/ou tous documents qu'elle juge nécessaires pour l'exercice de ses obligations légales et réglementaires dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (notamment les dispositions prévues par l'ordonnance 2009-104 codifiées aux articles L.561-1 du Code monétaire et financier, complétées par ses textes réglementaires d'application).

ARTICLE 30 : AUTORITE DE CONTROLE

La MEP est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution sise 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 31 : LOI APPLICABLE

La loi applicable au présent règlement est la loi française.