NOTICE D'INFORMATION FRAIS DE SANTE

Contrat collectif à adhésion facultative

Pour les adhérents de l'Association Corse des Travailleurs Indépendants (ACTI)

MCRN TNS

Notice applicable à compter du 1er juillet 2025

SOMMAIRE

SOMMAIRE 2
Votre Mutuelle Solidaire MCRN 4
Information des adhérents 4
L'adhésion au régime frais de santé 5
Bénéficiaires 5
- Membres couverts 5
- Vos ayants droit 5

Date d'adhésion 5
Modalités d'adhésion 5
Changement de situation en cours d'année 6
Cotisations 6
- Montant 6
- Paiement des cotisations 6
- Révision des cotisations 6
- Défaut de paiement des cotisations 6

Résiliation 6
Vos garanties frais de santé 7
Description des garanties 7
Caractéristiques des garanties 7
Exclusions 8
Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée 9
Prises en charge particulières 9
- Prise en charge des médecines complémentaires non prises en charge par le régime obligatoire 9
- Établissements et services spécialisés 9
- Chambre particulière 9
- Cures thermales non remboursées par l'assurance maladie obligatoire 10
- Frais d'accompagnant ou d'accompagnement 10
- Soins à l'étranger 10
- Garanties en inclusion 10

Modification des garanties 10
Changement de garanties 10

Cessation des garanties 10
Vos remboursements de prestations 11
Règlement des prestations 11
Des remboursements rapides 11
- Fonctionnement de NOEMIE (Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) [flux informatiques entre la CPAM et la Mutuelle] 11
- Tiers Payant 11
Pièces à fournir lors de la demande de remboursement 11
Plafond de remboursement 12
- Limite de remboursement 12
- Prestations indues 12
- Pluralité d'assureurs pour un même risque 12
- Contrôle médical des prestations 12
Informations pratiques 14
Tiers payant 14
Devis dentaire et optique 14
Votre carte mutualiste 14
Extranet adhérent 24h/24 14
Application mobile 14
Assistance Vie Quotidienne 14
Nous contacter 14
Fonds Social Mutualiste 14
Généralités 15
Subrogation (en cas d'accident) 15
Fausse déclaration 15
Réclamations et médiation 15
Prescriptions 16
Protection des données personnelles 16
Opposition au démarchage téléphonique 17
Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme 17
Autorité de contrôle 17
LEXIQUE 18
Annexe : Tableau de garanties 19

Votre Mutuelle Solidaire MCRN

Parce que la santé est un bien précieux qu'il faut préserver, vous bénéficiez auprès de la Mutuelle MCRN d'un contrat collectif facultatif, mis en place à l'initiative de votre association (ci-après la « personne morale souscriptrice »), pour vous accorder le bénéfice d'une garantie santé.

La présente notice précise les conditions dans lesquelles la mutuelle MCRN (ci-après la « Mutuelle »), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, vous assure le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

Pour la bonne compréhension, le membre de la personne morale souscriptrice affilié est dénommé ci-après « l'adhérent » au sein de la présente notice d'information.

N'hésitez pas à nous contacter, nous restons à votre disposition pour toute demande.

Information des adhérents

La présente notice d'information vous est obligatoirement remise par la personne morale souscriptrice dès lors que vous vous affiliez au contrat de frais de santé collectif à adhésion facultative proposé par la personne morale souscriptrice.

Cette notice vous permet de connaître les garanties définies au contrat frais de santé souscrit par la personne morale souscriptrice, les conditions de son application, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir.

Cette notice indique également le contenu des clauses édictant les nullités, les déchéances, les exclusions ou les limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, la personne morale souscriptrice est tenue de vous en informer en vous remettant une notice mise à jour ou un additif établi à cet effet par la Mutuelle.

L'adhésion au régime frais de santé

Bénéficiaires

- **Membres couverts**

Le contrat souscrit par l'association a pour objectif de faire bénéficier, à titre facultatif, l'ensemble des membres de l'Association Corse des Travailleurs Indépendants (ACTI) d'un remboursement complémentaire des frais de soins de santé.

Les membres sont des travailleurs non-salariés non agricole, soumis à l'impôt sur le revenu au titre des bénéfices industriels et commerciaux (BIC) et des bénéfices non commerciaux (BNC), les dirigeants et associés non-salariés, dont les rémunérations relèvent de l'article 62 du CGI, ainsi que les conjoints collaborateurs des travailleurs non-salariés.

Les garanties et prestations peuvent être étendues à vos ayants droit en contrepartie de la cotisation correspondante.

- **Vos ayants droit**

Sont considérés comme vos ayants droit :

– Votre conjoint, légalement marié non séparé de corps judiciairement, ou votre partenaire avec lequel vous êtes lié par un Pacte Civil de Solidarité, ou votre concubin, le concubinage notoire étant justifié par une attestation sur l'honneur de vie commune.
– Vos enfants à charge, et ceux à la charge de votre conjoint, de votre concubin ou de votre partenaire de PACS ; figurant sur l'avis d'imposition du foyer du membre participant ou bénéficiaire d'une pension alimentaire versée directement ou indirectement :
  - Affiliés en tant qu'ayant droit au régime de base de la Sécurité sociale,
  - Ou s'ils sont âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans :
    ✓ Qui poursuivent leurs études et peuvent en justifier par un certificat de scolarité,
    ✓ Qui sont à la recherche d'un premier emploi et inscrit à ce titre à Pôle Emploi, sur présentation de l'attestation d'inscription,
    ✓ Qui poursuivent une formation professionnelle en alternance (apprentissage, qualification…) sur présentation du contrat d'alternance.

Les justificatifs nécessaires devront être produits annuellement.

Lorsque les enfants à charge de plus de 18 ans ne respectent plus les conditions mentionnées ci-dessus, ou qu'ils ont atteint l'âge de 26 ans, la qualification d'ayant droit perdure jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Les conditions d'âge prévues ci-dessus ne sont pas exigées si l'enfant est titulaire de la carte d'invalide prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et de la famille et que son état d'invalidité est survenu avant son 21ème anniversaire.

Date d'adhésion

L'adhésion prend effet à la date figurant au bulletin d'adhésion, et au plus tard le jour où le dossier d'adhésion est complet.

A la date d'adhésion, une notice d'information ainsi que les statuts et les règlements de la Mutuelle « MCRN » seront remis aux adhérents.

Dans le mois qui suit l'adhésion, l'adhérent reçoit une carte de membre attestant de son adhésion à la Mutuelle. Cette même carte est également valable pour les bénéficiaires.

En cas d'inscription éventuelle d'un ayant droit supplémentaire, la garantie prend effet au bénéfice de ce dernier à la date figurant au bulletin d'adhésion, et au plus tard le jour où le dossier d'adhésion concernant l'ayant droit en question est complet.

Toutefois, les nouveau-nés, ainsi que les enfants adoptés, sont garantis dès le jour de leur naissance ou le premier jour du mois où l'enfant est confié en vue d'adoption à la famille, dès lors que la date d'inscription est adressée à la Mutuelle dans les trois mois qui suivent la naissance ou l'adoption.

Modalités d'adhésion

La garantie intervient en complément du régime de base de l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés.

Afin de formaliser votre adhésion, vous devez compléter et signer le bulletin d'affiliation/adhésion qui vous a été remis par la personne morale souscriptrice, puis le lui remettre accompagné des pièces suivantes :

– La carte nationale d'identité ou le passeport ou la carte séjour.
– La copie de votre attestation de droits à l'assurance maladie à jour et de celle(s) de vos ayants droit,
– Un Relevé d'Identité Bancaire avec BIC et IBAN au nom de l'adhérent,
– Les pièces justificatives attestant de la situation des ayants droit (acte de naissance, d'adoption, livret de famille, …).

Ces documents seront transmis par la personne morale souscriptrice directement à la Mutuelle, ou par le membre participant.
Les pièces doivent être impérativement communiquées dans les trois mois suivant la réalisation de l'événement.

La Mutuelle se réserve le droit, par ailleurs, de demander toute autre pièce justificative complémentaire.

A compter de votre adhésion vous devenez membre participant de la Mutuelle. Vous pouvez exercer à ce titre vos droits mutualistes conformément aux statuts de la Mutuelle, qui vous ont été remis lors de votre adhésion.

Changement de situation en cours d'année

En cas d'évolution de votre situation familiale, d'un changement d'adresse ou de domiciliation bancaire, vous devez en informer la personne morale souscriptrice et remplir un bulletin de modification de situation familiale, d'adresse ou de coordonnées bancaires, accompagné des justificatifs nécessaires (copie du livret de famille, attestation de vie commune, PACS, RIB).

Cotisations

- **Montant**

Le montant des cotisations est indiqué sur le bulletin d'adhésion.
Les cotisations sont établies par année civile. Les frais de gestion inhérents au présent contrat sont inclus dans la cotisation.
Les cotisations intègrent les taxes et contributions au taux en vigueur au moment de la signature du bulletin d'adhésion.

- **Paiement des cotisations**

Sauf stipulations contraires prévues aux conditions particulières, les cotisations sont payables mensuellement
Elle peut être acquittée par prélèvement automatique bancaire, chèque.

- **Révision des cotisations**

Les cotisations peuvent être révisées chaque année civile par la Mutuelle.
En cas de modification des cotisations, l'adhérent a la possibilité de résilier son adhésion au présent contrat dans un délai d'un mois à compter de la remise par la personne morale souscriptrice de la notification de cette modification.

- **Défaut de paiement des cotisations**

L'adhérent assure directement le paiement des cotisations auprès de la Mutuelle. Le défaut de paiement d'une seule cotisation dans les dix jours de son échéance pourra entraîner votre exclusion, et le cas échéant celle de vos ayants droit. L'exclusion pourra intervenir dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet. La mise en demeure peut être adressée au plus tôt dix jours après la date d'exigibilité des cotisations.
La mise en demeure vous informera que le défaut de paiement est susceptible d'entraîner l'exclusion des garanties.
L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur des cotisations.

Résiliation

L'adhésion individuelle au contrat collectif est souscrite par l'adhérent pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours, sans pouvoir être inférieures à 12 mois et se renouvelle chaque année, à effet du 1er janvier, par tacite reconduction, sauf demande de radiation exprimée par l'adhérent au moins deux mois avant cette date par l'un des moyens suivants, conforme aux dispositions de **l'article L 221-10-3** du Code de la mutualité :

- Par lettre adressée au siège social de la Mutuelle,
- Par déclaration écrite déposée contre récépissé au siège social de la Mutuelle,
- Par acte extrajudiciaire,
- Par email à l'adresse unique suivante : infos@mcrn.fr

En application de l'article L 221-10-2 du Code de la mutualité, l'adhérent pourra également, sous la même forme, notifier sa décision de dénoncer son adhésion au contrat collectif à tout moment, **après expiration d'un délai d'un an** à compter de son adhésion à la garantie en cours d'application.

La résiliation notifiée en application de l'article L 221-10-2 du Code de la mutualité telle que précitée, prend effet un mois après la réception de la notification.

Néanmoins, si l'adhérent entend dénoncer son adhésion au contrat en vue de contracter avec un nouvel organisme, la résiliation doit être notifiée à la Mutuelle par le nouvel organisme lui-même, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique exclusivement.

Cette dénonciation, pour être valable, comprend l'ensemble des mentions obligatoires visées à l'article R 221-6 du Code de la Mutualité, et doit en outre avoir été précédée d'une demande expresse de l'adhérent de procéder à la dénonciation de son adhésion, adressée au nouvel organisme sur support papier ou tout autre support durable, dans les conditions du II de l'article R 221-6 du code de la Mutualité.

À tout moment, sans durée minimale, la résiliation de l'adhésion au contrat sera acceptée en cours d'année lorsque l'adhérent ouvre droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article

L.861-3 du Code de la sécurité sociale (Complémentaire Santé Solidaire).

La résiliation prend effet à la date d'ouverture des droits à la Complémentaire Santé Solidaire conformément aux dispositions de l'article L.861-5 du Code de la Sécurité sociale.

La radiation de l'adhésion par l'adhérent concerne l'ensemble des bénéficiaires de la garantie prévue au présent contrat.

En ce qui concerne la couverture des ayants droit, les garanties cessent pour ces derniers :

- Au 31 décembre de l'année au cours de laquelle la radiation est demandée par l'envoi d'une lettre recommandée, sous réserve que la demande parvienne à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre ;
- Au dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire de la garantie ne répond plus à la définition de l'ayant droit.

Vos garanties frais de santé

Description des garanties

La présente notice d'information définit les prestations assurées conformément au contrat choisi par la personne morale souscriptrice dont les conditions sont fixées aux tableaux de garanties figurant en annexes. Vous avez le choix entre les garanties suivantes : « MCRN TNS Garantie 1 », « MCRN TNS Garantie 2 », « MCRN TNS Garantie 3 », « MCRN TNS Garantie 4 ». . Votre choix apparait sur votre bulletin d'affiliation/adhésion.

Les prestations de la Mutuelle versées au titre du présent contrat interviennent sous déduction du remboursement opéré par l'assurance maladie obligatoire. Elles sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire ou sous forme de forfait selon la garantie choisie. Elles peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'un plafonnement de remboursement.

Selon la garantie choisie, la Mutuelle peut également prendre en charge des prestations non remboursables par l'assurance maladie obligatoire.

La Mutuelle peut proposer dans son offre des différences de niveaux de prestation notamment lorsque vous choisissez 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.

Seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date de soins est postérieure à votre date d'adhésion peuvent donner lieu à prise en charge au titre du régime frais de santé.
Aucune prestation ne sera servie après la date de cessation de vos garanties, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Caractéristiques des garanties

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

Le contrat est dit « responsable » : les garanties frais de santé proposées par la Mutuelle, s'inscrivent dans le cadre des dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Dans ce cadre, la Mutuelle doit répondre à des impératifs de prise en charge précis et notamment au regard du parcours de soins coordonnés auquel l'adhérent est soumis. Les obligations de couverture énumérées ci-dessous revêtent un caractère indicatif à la date d'édition de la présente notice d'information ; elles peuvent par la suite être modifiées pour demeurer en tous points conformes aux dispositions mentionnées.

Les garanties incluent :

- Le remboursement minimum du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, y compris les actes de prévention à l'exception des frais de cures thermales, les médicaments remboursés à 30 % et à 15 % par la sécurité sociale, et les spécialités et préparations homéopathiques, sauf précision contraire dans le tableau des prestations ;
- Les honoraires de dispensation en lien avec l'ordonnance (visés au 11° du R.160-5 du Code de la Sécurité sociale) ou avec un médicament dont le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge au titre du contrat responsable ;
- Le forfait journalier hospitalier facturé, par les établissements de santé, sans limitation de durée ni exclusion ;

- Un remboursement différencié selon que le patient a consulté ou pas un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ;
- Un niveau de garanties minimum correspondant au panier de soins « 100% santé » pour les lunettes et une partie des prothèses dentaires et certaines aides auditives, dans la limite des tarifs maximums et des délais de renouvellement prévus dans le cadre du 100% santé ;
- L'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée ;
- Les frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des prestations et équipements appartenant à une classe à prise en charge libre, dans le respect des plafonds de remboursement et des délais de renouvellement des équipements ;
- Des séances avec un psychologue conventionné dans le cadre du dispositif MonPsy (monpsy.sante.gouv.fr) ;
- Forfait Patient Urgences (FPU)

  Depuis le 1er janvier 2022, chaque personne qui se rend aux urgences sans être hospitalisée doit régler un « forfait patient urgences » (FPU).
  Ce FPU concerne les personnes qui se rendent aux urgences pour des soins non programmés et qui sortent des urgences sans être hospitalisées.
  Pour certaines personnes, le FPU n'est pas à payer lors d'un passage aux urgences. Selon les conditions définies dans l'Arrêté du 17 décembre 2021 relatif aux montants du forfait patient urgences prévu à l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale.

Exclusions

Pendant la période de garantie, les exclusions et les limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Sauf indication contraire aux Conditions Particulières, ne donnent pas lieu à remboursement :

Les frais de soins :

- ***engagés avant la date d'effet garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité Sociale,***
- ***déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués,***
- ***engagés hors de France. Si la caisse de Sécurité Sociale à laquelle le membre participant est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par la Mutuelle sur la base de remboursement utilisé par la Sécurité Sociale et selon les garanties prévues au contrat,***
- ***non remboursés par les régimes de base de la Sécurité Sociale,***
- ***ne figurant pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base,***
- ***au titre de la législation sur les pensions militaires,***
- ***au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers ou des hospices,***

✓ ***Les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge du membre participant prévues à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale,***

✓ ***La majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 et L. 161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale,***

✓ ***Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale, à hauteur au moins du montant* du dépassement autorisé sur les actes cliniques.***

****montant minimum non pris en charge pouvant être plus élevé dans la formule de garantie souscrite.***

Pour les frais conséquents à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes médicaux, le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

Pour les frais conséquents à des actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens ou dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisé par la Sécurité Sociale.

Les interdictions de couverture énumérées ci-dessus revêtent un caractère indicatif à la date de signature du contrat ; elles peuvent par la suite être modifiées pour demeurer en tous

points conformes aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses décrets d'application.

Afin de s'assurer du respect de ces principes, il pourra être demandé au membre participant de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.
Qu'ils soient demandés par la Mutuelle ou produits spontanément par le membre participant, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens.

La Mutuelle peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale du membre participant.
Dans un tel cas de figure, les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise sont à la charge exclusive de la Mutuelle.

En cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, le membre participant doit transmettre à la Mutuelle une facture détaillée établie par son médecin, et en l'absence de télétransmission par les organismes de base, le décompte, pour que l'indemnisation soit faite sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

Pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit ou d'un forfait, le crédit ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation, dans la limite des frais engagés.

La participation de la Mutuelle ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à charge du membre participant après participation de la Sécurité Sociale, et, éventuellement, celle d'un autre organisme complémentaire.

Les garanties peuvent également prendre en charge, de façon encadrée, les dépassements d'honoraires médicaux avec un remboursement maximum pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maitrisée (l'OPTAM ou l'OPTAM-CO).

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

Les dispositifs de pratique tarifaire maitrisée, désignent des contrats mis en place entre les professionnels de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie afin d'encourager la stabilisation des dépassements d'honoraires et d'accroître la part des soins facturés à tarif opposable. En adhérant à ce dispositif, le professionnel de santé s'engage à stabiliser leur taux moyen annuel de dépassements d'honoraires en contrepartie d'une prise en charge partielle de leurs cotisations sociales.

Les professionnels de santé peuvent adhérer :

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

Le caractère « responsable » du contrat a une incidence sur le remboursement des prestations de frais de santé si le professionnel de santé a adhéré, ou non, à un dispositif de pratiques tarifaires maîtrisées.

Ainsi, les adhérents et les ayants droit dont le médecin a adhéré à l'OPTAM (ou OPTAM-CO) bénéficieront, au titre de leur contrat frais de santé, d'un remboursement plus important de leurs actes et consultations par rapport aux actes et consultations effectués auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré à l'OPTAM (ou OPTAM-CO).

Pour déterminer si votre praticien est signataire ou non de l'OPTAM ou OPTAM-CO ou si vous recherchez un praticien selon sa spécialité, vous pouvez vous connecter sur : annuairesante.ameli.fr

Le pourcentage de prise en charge des dépassements d'honoraires des praticiens non-signataires sera inférieur de 20 points à celui des praticiens signataires et au maximum de 200% (Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO+Mutuelle).

Prises en charge particulières

- **Prise en charge des médecines complémentaires non prises en charge par le régime obligatoire**

Les séances de médecines complémentaires 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.

- **Établissements et services spécialisés**

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.

- **Chambre particulière**

Si la garantie le prévoit, le remboursement de la chambre particulière n'est accordé que pour les hospitalisations d'au moins une nuit (sauf dérogation dans le tableau de garanties pour la chirurgie ambulatoire) et dans la limite prévue par ladite garantie.

- **Cures thermales non remboursées 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 Mutuelle au titre du « forfait cure thermale » sous réserve d'un accord spécifique entre la Mutuelle et l'établissement thermal concerné.

- **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.

- **Soins à l'étranger**

Les frais de soins de santé engagés en dehors de France seront pris en charge par la Mutuelle sur la base des garanties prévues au présent contrat, et dans la limite des dépenses engagées, sous réserve de la prise en charge préalable par l'assurance maladie obligatoire française à laquelle les bénéficiaires sont affiliés.
Les soins engagés à l'étranger, n'ayant pas fait l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie obligatoire française, ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

- **Garanties en inclusion**

En complément de ses garanties frais de santé, la Mutuelle peut permettre à ses adhérents de bénéficier de garanties d'assistance et de prévoyance en inclusion.
Dans ce cas, une notice d'information spécifique vous est remise et définit la nature des prestations fournies, ainsi que les conditions d'attribution de ces garanties.

Modification des garanties

En cas de modification des garanties, vous aurez la possibilité de demander la radiation de votre affiliation dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice d'information actualisée.

Changement de garanties

Lorsque le contrat prévoit plusieurs niveaux 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.

Le changement de niveau garantie prend effet le 1er jour du mois suivant la date de réception du bulletin modificatif par la Mutuelle.

Tout changement de niveau de garantie concernera l'ensemble des bénéficiaires de la garantie prévue au présent contrat.

Pour tout changement de garantie, l'adhérent a le droit au montant des forfaits de sa nouvelle garantie déduction faite des forfaits consommés au cours de l'année civile au titre de son ancienne garantie.

Cessation des garanties

Vos garanties cessent de plein droit :

- **À la date de radiation de votre adhésion au contrat,**
- **En cas de non-paiement des cotisations,**
- **En cas de décès,**
- **À la résiliation de votre adhésion à la personne morale souscriptrice,**
- **À la date de résiliation du contrat collectif souscrit par la personne morale souscriptrice.**

La cessation de vos garanties entraîne à la même date, la cessation des garanties au profit de vos ayants droit.

Vos remboursements de prestations

Règlement des prestations

Les prestations sont mises en œuvre en complément du niveau de remboursement prévu par l'assurance maladie obligatoire.

Les remboursements sont effectués par virement sur votre compte bancaire.

La date des soins prise en compte pour le remboursement des prestations dues par la Mutuelle (y compris pour les forfaits versés en supplément du remboursement de l'assurance maladie obligatoire) est celle portée sur les décomptes de l'assurance maladie obligatoire, ou à défaut sur les factures acquittées au nom du bénéficiaire des soins.

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.

Les remboursements sont effectués sur présentation des décomptes originaux établis par l'assurance maladie obligatoire, et des factures acquittées.

Sauf cas de force majeure, les prestations sont payées dans un délai de 5 à 30 jours ouvrables. Ce délai ne court qu'à compter de la réception du dossier complet de demande d'indemnisation et de sa validation par la mutuelle.

Des remboursements rapides

Lorsque votre caisse d'assurance maladie le permet, vous bénéficiez du service de la télétransmission automatique des décomptes entre l'assurance maladie obligatoire et la Mutuelle dit système NOEMIE (sauf demande contraire de votre part adressée par courrier à la Mutuelle). De plus, vous pouvez bénéficier auprès de certains professionnels de santé du système du tiers payant.

- **Fonctionnement de NOEMIE (Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) [flux informatiques entre la CPAM et la Mutuelle]**

Votre médecin transmet à l'assurance maladie obligatoire les informations grâce à votre carte Vitale, ou bien vous adressez vous-même votre feuille de soins à votre caisse d'assurance maladie. Celle-ci vous rembourse la part due au titre de la Sécurité Sociale, et vous adresse un décompte portant la mention **« Nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire ».**

L'assurance maladie obligatoire nous transmet informatiquement le reflet de son remboursement. Vous n'avez donc pas à transmettre à la Mutuelle les décomptes de la Sécurité sociale. Vous recevrez le virement de la part mutuelle sur votre compte. Un relevé de prestations de la Mutuelle vous est adressé trimestriellement et/ou est consultable sur votre Espace Adhérent.

Si vous ne bénéficiez pas de la procédure NOEMIE, ou si votre conjoint a son propre régime complémentaire maladie, vos demandes de remboursement seront traitées manuellement.

- **Tiers Payant**

Dans le mois suivant votre adhésion, vous recevrez une carte mutualiste attestant de votre adhésion à la Mutuelle. Cette carte est également valable pour vos ayants droit, lorsqu'ils bénéficient de la garantie. Les cartes sont délivrées annuellement et sont renouvelées automatiquement.

Le tiers payant est effectué pour les prestations suivantes :

- Radiologie, pharmacie, laboratoire, auxiliaires médicaux sur présentation au professionnel de santé de la carte mutualiste qui vous a été remise par la Mutuelle,
- Hospitalisation, dentaire et optique sur délivrance au préalable d'une prise en charge obligatoirement demandée par un établissement ou un professionnel de santé à la Mutuelle.

La Mutuelle se réserve le droit de poursuivre toute personne qui utiliserait frauduleusement la carte mutualiste.
L'usage frauduleux s'entend de l'utilisation par l'adhérent de la carte mutualiste alors qu'il n'est plus bénéficiaire des garanties, ou de toute autre personne agissant en connaissance de cause, dans le but d'obtenir indûment le paiement de prestations par la Mutuelle.

En tout état de cause, en cas de modification ou de cessation des garanties, vous devez cesser d'utiliser la carte mutualiste.

Pièces à fournir lors de la demande de remboursement

Sauf si vous le refusez, les remboursements de la Mutuelle 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 NOEMIE, lorsque votre caisse d'assurance maladie le permet. Dans ce cas, la Mutuelle effectue ses remboursements sans avoir

recours aux originaux des décomptes de l'assurance maladie obligatoire.

À défaut d'application du procédé NOEMIE, les remboursements sont effectués sur présentation des décomptes originaux établis par l'assurance maladie obligatoire et des factures acquittées.

Les documents justificatifs doivent être adressés à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans, courant à partir de la date d'émission du décompte ou de la facture. Passé ce délai, ils n'ouvriront plus droit à remboursement.

De manière générale, les pièces suivantes pourront être réclamées à l'adhérent, selon le type de prestations :

- La facture nominative (portant la mention « acquittée », le cachet et la signature du professionnel de santé),
- La prescription médicale,
- Le décompte de prestation délivré par tout autre organisme complémentaire,
- Tout document utile qui serait jugé nécessaire par la Mutuelle.

Les justificatifs sont à adresser à la Mutuelle par courrier à l'adresse suivante :

- Par courrier à :

  Mutuelle MCRN
  4 place des Jacobins
  44000 NANTES
- Par mail à : **infos@mcrn.fr**
- Depuis votre Espace adhérent ou via l'application « Mutuelle MCRN ».

Plafond de remboursement

• 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 réels restant à votre charge ou celle de vos ayants droit après les remboursements de toutes natures auxquels vous avez droit.

Vous vous engagez, sur simple demande de la Mutuelle, à nous 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, vous vous engagez à transmettre à la Mutuelle le décompte rectificatif que vous avez reçu afin de permettre la correction du remboursement de la Mutuelle.

• Prestations indues

Vous vous engagez 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.

En tout état de cause, la Mutuelle sera fondée à poursuivre le recouvrement de toute somme indûment versée que vous n'auriez pas remboursée, par toute voie de droit.

• Pluralité d'assureurs pour un même risque

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 la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale.

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, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Si la Mutuelle intervient après d'autres assureurs, ses garanties complémentaires aux premiers remboursements s'appliquent dans la limite du contrat responsable. Le cumul des garanties ne peut entraîner de dépassement du plafond règlementaire qui s'entend de manière cumulable.

Si vous bénéficiez pour le même risque d'une garantie auprès d'un autre organisme assureur, vous devez en informer la Mutuelle.

Dans ce cas, vous devrez fournir les originaux des décomptes de prestations payées par l'Assurance maladie obligatoire ou l'impression des décomptes AMELI ainsi que les décomptes originaux du ou des organismes assureurs ayant pris en charge le remboursement des soins de santé en premier lieu, pour obtenir le remboursement intégral des prestations, dans la limite des frais réellement engagés.

• Contrôle médical des prestations

La Mutuelle peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par son médecin conseil ou tout autre professionnel de santé, en cas de dépenses anormalement élevées ou répétées, ou encore en cas de suspicion de fraude. De même, 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 de votre part de vous soumettre à ce contrôle ou lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou 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 vous serait défavorable, ou à votre ayant droit, vous devrez restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indûment perçues.

En cas de contestation d'ordre médical, les litiges peuvent être soumis à une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin que vous, ou votre ayant droit, avez désigné, un médecin désigné par la Mutuelle et un médecin choisi en accord avec les deux premiers.

Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle et ceux du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle. Toutefois, au cas où le tiers expert confirmerait la décision de suspension prise à l'égard de l'intéressé, les honoraires du tiers expert seraient supportés par moitié par la Mutuelle et vous-même ou votre ayant droit.

En cas de fraude avérée, vous ou votre éventuel ayant droit supporterez la totalité des honoraires du tiers expert.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour la Mutuelle et vous-même ou votre ayant droit.

Informations pratiques

Tiers payant

Votre carte de Tiers Payant vous permet de bénéficier de la dispense de l'avance de frais auprès de professionnels de santé conventionnés : pas d'avance de frais auprès des professionnels de santé pour vos dépenses sur présentation de votre carte mutualiste à l'hôpital, la clinique, chez le pharmacien, l'opticien, au laboratoire, chez le kinésithérapeute, l'infirmière, l'ambulancier, etc…

Devis dentaire et optique

Des conseils sur les remboursements de vos devis dentaire et optique pour connaître à l'avance le montant des dépenses que vous souhaitez engager.

Votre carte mutualiste

Vous recevez votre carte directement par courrier à votre domicile.

Elle vous permet de justifier de votre appartenance à la Mutuelle MCRN et de bénéficier du tiers payant pour vous-même et vos éventuels ayants droit.

Extranet adhérent 24h/24

Chaque adhérent dispose d'un accès sécurisé à son Espace Adhérent accessible depuis le site : **www.mutuellemcrn.fr ou depuis l'application « Mutuelle MCRN ».**

Vous pouvez consulter le détail de vos remboursements santé réglés ou bénéficier de différents services tels que l'envoi d'une nouvelle carte mutualiste.

Votre identification se fait après la saisie de votre identifiant, que vous avez reçu lors de l'envoi de votre carte mutualiste ainsi que de votre mot de passe.

Application mobile

Télécharger notre application mobile où vous pourrez retrouver l'ensemble des services de votre Espace Adhérent :

- Consultez vos remboursements,
- Visualisez votre garantie,
- Modifiez vos informations personnelles,
- Suivez vos demandes en direct et l'état de leur avancée.

Assistance Vie Quotidienne

En cas d'urgence, un service d'assistance à domicile 24h/24 et 7j/7 sur simple appel téléphonique est à votre disposition : conseils juridique et médical, première urgence, garde d'enfants, de personnes dépendantes ou d'animaux familiers, acheminements de médicaments, aide pédagogique ou maternelle pour enfant malade…

Nous contacter

Mutuelle Solidaire MCRN
4 place des Jacobins – 44000 NANTES
Tél. : 02 40 89 22 91
E-mail : infos@mcrn.fr

Du Lundi au Vendredi de 8h30 à 17h00
(Uniquement sur rdv le Mardi matin)

Fonds Social Mutualiste

La Mutuelle dispose d'un fonds social propre, également appelé fonds de secours et géré par une commission de secours, ayant pour objet, après épuisement de tout autre recours, et dans la limite d'un cadre budgétaire déterminé annuellement par l'Assemblée Générale de la Mutuelle :

- De venir en aide aux adhérents - ou à leurs ayants droit - dont les besoins ne sont pas ou peu couverts par les garanties de la présente notice ;
- D'intervenir pour aider certains adhérents à accéder aux soins de manière ponctuelle et exceptionnelle.

La commission de secours étudie les demandes émises par tout adhérent en situation de difficulté et/ou de précarité. Elle se base sur les revenus et les charges de l'adhérent ainsi que sur le reste à charge des soins faisant l'objet de la demande. Les aides attribuées concerneront uniquement les dépenses liées aux frais de santé.

Généralités

Subrogation (en cas d'accident)

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des prestations frais de soins dans les droits et actions d'assurés, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

À cette fin, vous êtes tenu d'informer la Mutuelle lorsqu'un dommage, ayant entrainé le versement de prestation par la Mutuelle, a été causé par un tiers. Il pourra vous être demandé, ou le cas échéant à l'ayant droit majeur concerné, de remplir un questionnaire fournissant à la Mutuelle les informations nécessaires à l'exercice d'un recours subrogatoire.

En tout état de cause, en l'absence de déclaration spontanée, et en cas de suspicion, la Mutuelle, ou un prestataire dûment habilité à cet effet, pourra vous contacter ou, le cas échéant l'ayant droit majeur, afin de vous interroger sur l'éventuel intervention d'un tiers dans l'évènement ayant conduit à la prise en charge de la Mutuelle.

Fausse déclaration

FAUSSES DÉCLARATIONS INTENTIONNELLES

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

FAUSSES DECLARATIONS NON INTENTIONNELLES

Pour les opérations individuelles et collectives facultatives, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements ou le contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés

Réclamations et médiation

La Mutuelle met à votre disposition la possibilité de contacter le service « Réclamations » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent régime, à l'adresse suivante :

Mutuelle MCRN
Service réclamation
4 place des Jacobins
44000 NANTES

Ou par e-mail à reclamations@mcrn.fr

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle vous apporte une réponse circonstanciée dans un délai de dix jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, la Mutuelle vous adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra vous être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par la Mutuelle et après épuisement des voies de recours internes, vous pouvez saisir le Médiateur de la Mutualité Française, par les moyens suivants :

– Soit par courrier à l'adresse suivante :

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

– Soit directement via le site du Médiateur de la Mutualité Française.

Ce recours ne peut être exercé si une action contentieuse a déjà été engagée.

La saisine du Médiateur interrompt la prescription.

Le Médiateur rend un avis motivé dans un délai maximum de trois mois à compter de la réception du dossier complet. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas trois mois, dont les parties à la médiation seront informées.

L'avis du Médiateur ne préjuge pas du droit des parties à saisir la justice.

Prescriptions

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent régime Frais de santé 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 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 « Réclamations » de la présente notice.

Protection des données personnelles

Dans le cadre de l'exécution du présent contrat souscrit auprès de La Mutuelle MCRN, ainsi que pour l'organisation de la vie institutionnelle de la Mutuelle, vos données à caractère personnel font l'objet d'un traitement par La Mutuelle MCRN (ci-après dénommée « la Mutuelle »), conformément à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Les données recueillies sont nécessaires à des fins de prospection commerciale, de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution du contrat, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties), de collecte et de traitement du numéro de sécurité sociale, d'exercice des recours, de gestion des réclamations et des contentieux, et de gestion des difficultés sociales. Ces données sont également traitées pour satisfaire les obligations légales ou réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment ou les déclarations et prélèvement sociaux et fiscaux) de la Mutuelle, et pour assurer la gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle.
Ces traitements sont fondés sur le consentement de la personne ou leurs nécessités dans le cadre de l'exécution des mesures précontractuelles et contractuelles, ainsi que dans le cadre du respect des obligations légales auxquelles la Mutuelle est soumise.

Les destinataires des données sont les services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et de l'exécution des contrats, les organismes de sécurité sociale, les professionnels de santé, les sous-traitants, partenaires, réassureurs et co-assureurs, les services administratifs et judiciaires définis par la loi et les autorités 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 modifiée et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 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, le ou les assureurs en inclusion s'il y en a, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux.

Les données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. 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 de l'adhérent ou la fin de la relation contractuelle.

Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales applicables à l'activité de la Mutuelle. Il est également précisé qu'en cas de contestations et de contentieux la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée.

Conformément à la règlementation, vous et vos ayants droit disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de définition de directives et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données vous

concernant. Vous pouvez, à cette fin, vous adresser au Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle :

- Soit par mail à : dpo@mcrn.fr,
- Soit par courrier à : Mutuelle MCRN – A l'attention du DPO – 4 Place des Jacobins – 44000 NANTES

Le délai de réponse est d'un mois à compter de la réception de la demande.

Dans l'hypothèse où vous souhaiteriez faire valoir votre droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du contrat et des garanties attachées, nous vous rappellerons par lettre recommandée avec accusé de réception les conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire une difficulté, voire une impossibilité, d'exécuter les dispositions du contrat, voire les statuts de la Mutuelle.

Vous pouvez également, 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.

Opposition au démarchage téléphonique

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, 10000 Troyes, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

Vous pouvez également vous opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès de : La Mutuelle MCRN, 4 place des Jacobins, 44000 Nantes.

Lutte contre le blanchiment des capitaux 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 règlementaires 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 règlementaires d'application).

Autorité de contrôle

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution sise 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09

LEXIQUE

Adhérent : Le membre participant qui adhère à la Mutuelle pour lui-même et, le cas échéant, ses ayants droit.

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

Assurance Maladie Obligatoire : Régimes obligatoires français et monégasque couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Assurance Maladie Complémentaire : 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. 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.

Forfait journalier : Le forfait journalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie.

Frais d'accompagnant : 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.

Frais d'hospitalisation : 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.

Garantie (Santé) : Engagement de la Mutuelle d'assurer à l'adhérent et à ses éventuels ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de couverture, en complément des prestations versées par l'Assurance maladie obligatoire.

Parcours de soin : Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursé normalement sans diminution du montant de leur remboursement.

Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un régime obligatoire d'assurance maladie âgés de plus de 16 ans.

Est considéré comme étant le parcours de soins coordonnés, le patient qui consulte en premier lieu le médecin traitant qu'il a déclaré auprès du régime d'assurance maladie obligatoire (ou son remplaçant).

Entre également dans le parcours de soins tout acte auprès :

- D'un autre médecin en cas d'urgence ou d'éloignement du domicile principal,
- D'un autre médecin dit « correspondant » auquel le patient est adressé par son médecin traitant,
- D'un spécialiste en accès direct autorisé par la loi n°2004-810 du 13/08/2004, à savoir : les ophtalmologues, les gynécologues, les stomatologues et les psychiatres et neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans.

Prescription médicale : Document délivré par une autorité médicale et destiné à prescrire un traitement.

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 : 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.

Conformément aux exigences du cahier des charges du contrat responsable, cette prise en charge couvre donc non seulement les consultations et les actes professionnels de santé en ville, mais aussi les médicaments remboursés à 65% par l'assurance maladie, les analyses et les examens, les frais de transport sanitaire, les dispositifs médicaux (optique, dentaire, appareillage) et le ticket modérateur sur les séjours hospitaliers.

Annexe : Tableau de garanties

Mutuelle MCRN

4, Place des Jacobins – 44000 Nantes
Tél. : 02 40 89 22 91 – Fax : 02 40 35 63 38
infos@mcrn.fr – www.mutuellemcrn.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) et inscrite au SIRENE sous le n° 314 765 546.