

SANTE COLLECTIVE

Cap Entreprises



CONDITIONS GENERALES

Sommaire

CHAPITRE I - CONDITIONS COMMUNES

Article 1 - Objet du contrat

Article 2 - Organisation du contrat

Article 3 - Intervenants au contrat

Article 4 - Garantie technique et financière du régime santé

Article 5 - Droit des membres participants

Article 6 – Définitions

CHAPITRE II - SOUSCRIPTION DU REGIME ET AFFILIATION DES SALARIES

Article 7 - Souscription au régime

Article 8 - Obligations du souscripteur

Article 9 - Modalités d'affiliation des salariés au régime

Article 10 - Etats pathologiques antérieurs à l'affiliation

Article 11 - Prise d'effet des garanties

Article 12 - Modification du régime, des garanties ou du montant des cotisations

CHAPITRE III - COTISATIONS

Article 13 - Assiette des cotisations

Article 14 - Détermination des cotisations

Article 15 - Paiement des cotisations

Article 16 - Non paiement des cotisations

Article 17 - Suspension du régime pour non paiement de la cotisation et effet de la suspension

Article 18 - Indexation automatique des cotisations

Article 19 - Révision des cotisations

Article 20 - Modification des tarifs de responsabilité et des taux de remboursement du régime d'Assurance Maladie obligatoire

CHAPITRE IV - PRESTATIONS

Article 21 - Définition des prestations

Article 22 - Etendue des garanties

Article 23 - Choix et changement du régime de prestations

CHAPITRE V - SUSPENSION ET CESSATION DES GARANTIES

Article 24 - Suspension des garanties

Article 25 - Radiation des membres participants et cessation des garanties

CHAPITRE VI - RISQUES NON GARANTIS, DECHEANCES, PRESCRIPTIONS

Article 26 - Prestations non garanties

Article 27 - Nullité du régime - Nullité de l'affiliation

Article 28 - Prescriptions et forclusions

CHAPITRE VII - ENGAGEMENTS DU SOUSCRIPTEUR ET DES SOCIETAIRES

Article 29 - Engagements du souscripteur

Article 30 – Subrogation

CHAPITRE VIII - PRISE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION DU REGIME

Article 31 - Prise d'effet et renouvellement du régime

Article 32 - Résiliation du régime

Article 33 - Effets de la résiliation

Article 34 - Conditions du maintien de la couverture en cas de résiliation

CHAPITRE IX – DISPOSITIONS LIEES AUX GARANTIES

Article 35 - Obligations du membre participant

Article 36 - Ouverture et terme du droit à l'assurance

Article 37 - Ouverture des droits aux prestations

Article 38 - Règlement des prestations

Article 39 - Pluralité d'assurances

Article 40 - Contrôle

Article 41 – Poursuite d'une couverture au profit des anciens salariés ou ayants droit

CHAPITRE X- DISPOSITIONS DIVERSES

Article 42 - Autorité chargée du contrôle

Article 43 - Informatique et Libertés

CHAPITRE I

CONDITIONS COMMUNES

ARTICLE 1. - OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat est régi par le code de la mutualité (annexe à l'ordonnance N°2001-350 du 19 avril 2001).

Il définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la mutuelle MGP en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Le présent contrat détermine les conditions et modalités de fonctionnement du régime collectif frais chirurgicaux et médicaux à **affiliation obligatoire** mis à disposition des entreprises.

Le présent contrat prend en compte le dispositif des « contrats responsables » prévu par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 modifiée et les décrets d'application.

Il concerne **l'ensemble des salariés ou l'ensemble d'une catégorie socioprofessionnelle** de l'entreprise signataire, selon les mentions précisées au certificat de souscription.

Article 2 - Organisation du contrat

Le présent contrat collectif est composé de deux parties indissociables qui connaissent les mêmes effets :

- **Les Conditions Générales** qui définissent les droits et obligations de chaque partie au contrat ainsi que les garanties proposées,
- **Les Conditions Particulières** qui déterminent le type d'adhésion, la date d'effet du contrat, les garanties choisies par le Souscripteur, les catégories de personnel qui en bénéficient et les éventuelles clauses qui dérogeraient aux Conditions Générales.

Article 3 - Intervenants au contrat

- **Souscripteur** : l'entreprise signataire du certificat de souscription et acquittant les cotisations,
- **Membres participants** : les salariés de l'entreprise souscriptrice affiliés au régime et appartenant à la (aux) catégorie(s) socioprofessionnelle(s) concernée(s),
- **Assuré** : la personne exposée aux événements garantis par le régime,
- **Ayant-droit** : la personne dénommée par les statuts de la mutuelle, et bénéficiant des garanties du régime à la demande du souscripteur,
- **Mutuelle** : la Mutuelle Générale de Paris (MGP), mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité, garantissant les prestations du présent régime.

Article 4 - Garantie technique et financière du régime santé

Le présent régime bénéficie de la garantie technique et financière de la Mutuelle Générale de Paris (MGP), mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité, auprès de laquelle la personne affiliée au présent régime acquiert la qualité de membre participant.

Article 5 - Droit des membres participants

Les salariés affiliés au régime santé acquièrent la qualité de membre participant de la mutuelle MGP (article L.221-2.III du code de la mutualité).

Les membres participants sont représentés à l'assemblée générale de la mutuelle MGP, conformément à l'article L.114-6 du code de la mutualité, selon les dispositions statutaires de la mutuelle MGP.

Article 6 - Définitions

- **Délai d'attente** : période courant de la date de prise d'effet de l'affiliation du salarié au régime à la prise d'effet des garanties, au cours de laquelle les frais occasionnés par une maladie, une maternité, un accident ne peuvent donner lieu à remboursement.
La durée du délai d'attente est mentionnée au tableau des garanties.
- **Plafond de garantie** : montant maximum de prestation pouvant être perçu par un assuré au cours d'une période précisée au tableau des garanties.

<p style="text-align: center;">CHAPITRE II</p> <p style="text-align: center;">SOUSCRIPTION DU RÉGIME ET AFFILIATION DES SALARIES</p>
--

Article 7 - Souscription au régime

La souscription du régime est proposée aux entreprises employant du personnel salarié relevant d'un régime d'Assurance Maladie obligatoire de Sécurité Sociale.

La souscription concerne la **totalité des salariés**, pour le compte desquels le régime est souscrit soit en vertu d'une convention ou d'un accord collectif, soit du fait de la décision unilatérale de l'employeur ou de la ratification par la majorité des salariés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise.

Lorsque la demande de souscription est acceptée, la mutuelle MGP établit le certificat de souscription du régime. Celui-ci précise notamment les catégories socioprofessionnelles couvertes, les garanties souscrites, le taux ou le montant des cotisations et la date d'effet du régime.

Le certificat de souscription est signé des parties.

Article 8 - Obligations du souscripteur

Le souscripteur doit :

1. **affilier et déclarer** de façon constante et obligatoire pendant la durée du certificat de souscription l'ensemble des membres du personnel salarié appartenant à la (les) catégorie(s) concernée(s) ; remettre à chaque salarié le bulletin individuel d'affiliation et la notice résumant ses droits et obligations,
2. **fournir** à la mutuelle MGP au moment de la souscription puis, ensuite, dans les deux mois suivant chaque renouvellement annuel de l'adhésion, un état des effectifs du groupe,
3. **informer dans les 48 heures la MUTUELLE MGP de la rupture du contrat de travail de tout salarié assuré, en précisant la date de prise d'effet de la rupture,**
4. **informer** la mutuelle MGP, à sa demande, des mouvements d'effectifs intervenus chaque mois, à l'aide d'un formulaire prévu à cet effet,
5. **tenir un état** des affiliations à la disposition de la mutuelle MGP pour toute consultation éventuelle,
6. **régler à la mutuelle MGP les cotisations dues selon la périodicité fixée au certificat de souscription et dans les délais mentionnés à l'article 15 ci-après.**

Article 9 - Modalités d'affiliation des salariés au régime

9-1 Affiliation des salariés de l'entreprise

A la date de prise d'effet du régime, l'ensemble du personnel de la catégorie ou des catégories professionnelles mentionnée(s) au certificat de souscription est immédiatement affilié, sous réserve d'être lié à l'entreprise par un contrat de travail non suspendu et d'avoir complété le **bulletin individuel d'affiliation**.

9-2 Conditions d'affiliation des nouveaux salariés

Les salariés engagés postérieurement à la prise d'effet du contrat bénéficient des garanties à la date de leur entrée dans l'entreprise, sous réserve d'une déclaration à la mutuelle MGP par le souscripteur dans les **30 jours** de leur prise de fonction.

A défaut les garanties ne prennent effet qu'à compter de la déclaration à la mutuelle MGP.

Article 10 - Etats pathologiques antérieurs à l'affiliation

Une fois l'affiliation acceptée, la mutuelle MGP prend en charge les suites des états pathologiques et les conséquences des risques et maladies, sous réserve des sanctions prévues en cas de fausse déclaration à l'article 27 (Nullité de l'affiliation).

Article 11 - Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet :

- pour le membre participant, dès la date d'effet de son affiliation au régime,
- pour les ayants-droit du membre participant, dès la date d'effet de leur inscription au régime.

Article 12 - Modification du régime et entrée en vigueur de la CCAM

12-1 En cas de modifications du présent régime ou des garanties, ou de l'augmentation des montants ou des taux de cotisations selon des modalités autres que la simple application de l'indexation prévue par l'article 18 ci-après, le souscripteur est informé par la MGP par avenant adressé avant le 15 novembre précédant l'échéance annuelle de la souscription.

Ces modifications prennent effet, après signature du souscripteur, au 1^{er} janvier de l'exercice de renouvellement annuel du régime.

Les modifications sont portées à la connaissance des assurés par note explicative établie par la mutuelle MGP et remise à chaque intéressé par le souscripteur.

A défaut d'acceptation de cet avenant avant la date de renouvellement annuel, la souscription au régime peut être résiliée par la mutuelle MGP.

12-2 Entrée en vigueur de la CCAM

Lors du passage de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) à la Classification Commune des Actes Médicaux, l'assemblée générale de la MGP ou sur délégation de celle-ci, le conseil d'administration, peut décider de la modification, de la création ou de la suppression d'une prestation ainsi que l'adaptation du montant ou du taux de cotisation.

Toute modification du présent régime est constatée par avenant signé du souscripteur.

Le souscripteur est tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant la notice d'information établie par la mutuelle.

En application de l'article L114-7 du Code de la mutualité, les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres participants.

CHAPITRE III

COTISATIONS

Article 13 – Assiette des cotisations

Les cotisations sont exprimées, selon les dispositions précisées au certificat de souscription, en EUROS ou en % du salaire ou en % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Il ne peut être retenu qu'une seule formule de cotisations par catégorie professionnelle couverte par le présent régime.

En cours de souscription, le souscripteur peut changer de formule de cotisations. La modification prend effet à la date du renouvellement annuel de la souscription suivant la réception par la mutuelle MGP de la demande de modification.

Article 14 - Détermination des cotisations

Les montants ou taux de cotisations sont fixés au certificat de souscription.

Ils sont révisables à chaque échéance annuelle, compte tenu notamment des résultats du régime et/ou de son évolution prévisionnelle.

Article 15 - Paiement des cotisations par le souscripteur

Les cotisations sont annuelles et versées par fraction à la mutuelle MGP selon la périodicité et échéances mentionnées au certificat de souscription.

Elles sont payables dans les **dix jours** suivant chaque échéance.

En cas de suspension du contrat de travail d'un salarié, les cotisations restent dues dans les conditions et modalités définies à l'article 24.

Article 16 – Non paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, la mutuelle MGP peut, indépendamment de son droit d'en poursuivre le recouvrement, par lettre recommandée valant mise en demeure adressée au souscripteur, suspendre les garanties **30 jours après l'envoi de cette lettre**.

Dans la lettre de mise en demeure adressée au signataire, la mutuelle MGP l'informe des conséquences que ce défaut de paiement entraîne sur la poursuite de la garantie.

Conformément à l'article L.221-8.I alinéa 3 du Code de la mutualité, la mutuelle MGP peut résilier le régime **10 jours après l'expiration du délai de 30 jours visé ci-dessus**.

Dès l'ouverture de la période de suspension les membres participants sont informés qu'à l'expiration du délai de suspension de 30 jours, le défaut de paiement de la cotisation par le souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du régime.

Article 17 - Suspension du régime pour non paiement de la cotisation et effet de la suspension

Le défaut de paiement de la cotisation conformément à l'article 15 entraîne la suspension des garanties dans les conditions de l'article 16.

En cas de paiement, avant résiliation du régime, des cotisations arriérées, de celles venues à échéance pendant la période de suspension et éventuellement des frais de recouvrement, le régime reprend effet à midi le lendemain du jour du paiement.

Les risques dont l'origine est survenue durant la période de suspension ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent régime.

Article 18 - Indexation automatique des cotisations

Au 1er janvier de chaque année le montant ou le taux des cotisations fixés au certificat de souscription est automatiquement indexé sur la base de l'évolution de l'indice de la consommation médicale totale (CMT) sans que le taux d'indexation puisse être inférieur au taux annuel d'évolution du plafond de la sécurité sociale.

L'indexation s'applique tant aux affiliations en cours à cette date qu'aux nouvelles affiliations.

Article 19 - Révision des cotisations

Il est établi annuellement un compte de résultat.

Toute modification du montant ou du taux des cotisations prend effet à la date du renouvellement annuel de la souscription et ce tant pour les affiliations en cours que pour les nouvelles affiliations.

Article 20 - Modification des tarifs de responsabilité et des taux de remboursement du régime obligatoire d'Assurance Maladie

Indépendamment des dispositions visées à l'article 19 ci-dessus, et uniquement en cas de majoration des tarifs de responsabilité ou de réduction des taux de remboursement du régime obligatoire d'Assurance Maladie, la mutuelle MGP peut être amenée en cours d'année à proposer une révision des cotisations permettant la prise en charge du désengagement du régime obligatoire d'Assurance Maladie.

A défaut d'accord entre les signataires, le régime se poursuit normalement pour l'exercice en cours selon les modalités fixées au 1er janvier de l'exercice considéré ou, le cas échéant, lors de la souscription du régime lorsque la modification des remboursements du régime obligatoire d'Assurance Maladie intervient lors du premier exercice de prise d'effet du régime.

CHAPITRE IV

PRESTATIONS

Article 21 - Définition des prestations

La nature et le montant des prestations garanties souscrites sont définis au certificat de souscription.

Les prestations ont pour objet de rembourser en tout ou partie les frais médicaux, chirurgicaux, hospitaliers, pharmaceutiques, dentaires, d'analyses et d'examen de laboratoire, de prothèses et d'appareillages restant à la charge des assurés après intervention du régime obligatoire d'Assurance Maladie.

Les taux de remboursement et les tarifs de responsabilité du régime obligatoire d'Assurance Maladie pris en considération sont ceux applicables à la date de dispense des actes, d'exécution des soins et de prescription.

Article 22 - Etendue des garanties

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 après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Article 23 - Choix et changement du régime de prestations

Le souscripteur adhère à un régime unique de prestations pour l'ensemble des salariés d'une même catégorie professionnelle.

Le régime souscrit s'exerce dans le cadre de l'année civile.

Le souscripteur peut solliciter un changement de régime de prestations parmi les formules en vigueur au moment de la demande au moins deux mois avant la fin d'un exercice civil.

CHAPITRE V

SUSPENSION ET CESSATION DES GARANTIES

Article 24 - Suspension des garanties

24-1 Les garanties peuvent être suspendues, indépendamment de la situation du non paiement des cotisations visée à l'article 17, dans les cas spécifiques de suspension du contrat de travail :

- congé sabbatique visé à l'article L.122-32-17 du Code du travail,
- congé pour création d'entreprise visé à l'article L.122-32-12 du Code du travail,
- congé parental d'éducation visé à l'article 122-28-1 du Code du travail,
- congé de solidarité internationale visé à l'article L.225-9 du Code du travail,
- l'absence pour mandat parlementaire visée à l'article L.122-24-2 du Code du travail.

24-2 Pour les cas de suspension prévus au 24-1 ci-dessus, à l'exception du congé pour création d'entreprise, le souscripteur a l'obligation de maintenir sa contribution financière dans la cotisation pendant une période d'au moins 6 mois (durée retenue par référence à la durée minimale du congé sabbatique, telle que prévue par l'article L.122-32-17 du Code du travail). Au-delà de cette période de 6 mois, le souscripteur peut soit maintenir sa contribution, soit prévoir la prise en charge, par le salarié, de l'intégralité de la cotisation pendant toute la période de suspension du contrat de travail. Dès lors que les cotisations sont réglées régulièrement et en totalité durant ces périodes d'absence, les garanties sont maintenues. Dans le cas contraire, les garanties sont suspendues jusqu'à la reprise effective du travail par le salarié au sein de l'effectif du souscripteur.

24-3 Pour le congé pour création d'entreprise, la suspension intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle, et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif du souscripteur, sous réserve que la mutuelle MGP en soit informée dans **un délai de trois mois** suivant la reprise. Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre de l'intéressé.

Article 25 - Radiation des membres participants et cessation des garanties

25-1 Toute personne ne figurant plus sur l'état nominatif des membres participants transmis annuellement par le souscripteur est réputée avoir cessé toute activité dans l'entreprise signataire ou avoir intégré une catégorie socioprofessionnelle non couverte par le présent régime, et se trouve radiée à compter de zéro heure du premier jour de l'année en cours, sans qu'aucune autre formalité soit nécessaire.

En cas de radiation d'un membre participant, la mutuelle MGP ne prend pas en charge les sinistres survenus après la date d'effet de la radiation.

25-2 Les garanties cessent pour chaque membre participant à zéro heure :

- le jour de la rupture du contrat de travail avec le souscripteur,
- en cas de changement de catégorie socioprofessionnelle du membre participant,
- le jour de la résiliation du régime.

<p style="text-align: center;">CHAPITRE VI</p> <p style="text-align: center;">RISQUES NON GARANTIS, DECHEANCES, PRESCRIPTIONS</p>

Article 26 - Prestations non garanties

Sont exclus du présent régime frais chirurgicaux et médicaux, les remboursements des frais relatifs à des actes, des soins et des prescriptions ne figurant pas dans la nomenclature des actes, soins et prescriptions du régime obligatoire d'Assurance Maladie.

Article 27 - Nullité du régime - Nullité de l'affiliation

27-1 Nullité du régime

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du souscripteur, de nature à affecter l'appréciation par la mutuelle MGP du risque apporté, du montant des cotisations dues ou du montant des prestations dues, le régime est annulé de plein droit, alors même que le risque omis ou dénaturé par le souscripteur a été sans influence sur le sinistre.

Le souscripteur ne peut prétendre à aucun remboursement de cotisation.

Dans le cas où les faits délictueux sont constatés après le versement des prestations, la mutuelle MGP en poursuit le recouvrement.

27-2 Nullité de l'affiliation

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du membre participant de nature à affecter l'appréciation par la mutuelle MGP du risque apporté, du montant des cotisations dues ou du montant des prestations dues, l'affiliation est annulée de plein droit, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur le sinistre.

Le membre participant est déchu de tout droit aux garanties.

Dans le cas où les faits délictueux sont constatés après le versement des prestations, la mutuelle MGP en poursuit le recouvrement.

Article 28 - Prescription et forclusion

28-1 - Prescription

Tout droits et actions concernant ce régime se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Lorsqu'un assuré est mineur ou incapable majeur, le délai visé ci-dessus ne court qu'à compter du jour ou l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

28-2 - Forclusion

Pour être recevable, toute réclamation portant sur le paiement ou le refus de paiement d'une prestation doit parvenir à la mutuelle MGP dans les six mois à compter du paiement ou de la décision de refus contesté. Ce délai de six mois court à compter de la majorité ou du recouvrement de la capacité pour les mineurs et incapables majeurs.

CHAPITRE VII

ENGAGEMENTS DU SOUSCRIPTEUR ET DES MEMBRES PARTICIPANTS

Article 29 - Engagements du souscripteur

Le souscripteur s'engage à faire parvenir à la mutuelle MGP :

29-1 Chaque échéance;

- dans les 10 jours qui suivent la fin de chaque mois, les bordereaux de cotisations qui lui auront été adressés par la mutuelle MGP, accompagnés du règlement des cotisations ;
- dans les 10 jours qui suivent la fin de chaque mois, un état récapitulatif des nouveaux salariés et des personnes précédemment assurées ayant quitté l'entreprise pendant le mois écoulé.

29-2 avant le 28 février de chaque année;

- la liste des personnes assurées au titre du régime pour l'exercice antérieur précisant pour chaque membre participant :
 - les noms et prénoms
 - la date de naissance,
 - la situation de famille au sens fiscal,
 - éventuellement la date de sortie ou d'entrée.

Article 30 - Subrogation

La mutuelle MGP est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

La subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle MGP a exposées, 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.

En est exclue la part d'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément.

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

CHAPITRE VIII

PRISE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION DU REGIME

Article 31 - Prise d'effet et renouvellement du régime

Le régime prend effet à la date indiquée au certificat de souscription. Il est souscrit dans le cadre de l'année civile et vient à échéance au 31 décembre de chaque année.

Passé cette date, il est renouvelable au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf résiliation par le souscripteur.

Article 32 - Résiliation du régime

32-1 - Résiliation par le souscripteur

La résiliation de la souscription par le souscripteur doit être signifiée par lettre recommandée avec avis de réception moyennant un délai de préavis qui ne peut être inférieur à **deux mois** avant son échéance annuelle.

Le délai de préavis est ramené à **un mois** lorsque la mutuelle MGP apporte une modification conformément à l'article 12 au régime portant sur l'étendue des garanties ou sur le taux ou le montant des cotisations.

32-2 - Résiliation par la mutuelle MGP

1. La résiliation par la mutuelle MGP est signifiée par lettre à effet de l'échéance annuelle de la souscription, en cas de non-acceptation par le souscripteur des modifications du contrat collectif, des prestations et des tarifs présentés par la MGP lors du renouvellement annuel de la souscription au régime.
2. La résiliation de la souscription peut être signifiée par la mutuelle MGP :
 - en cas de non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article 16;
 - avec effet immédiat, en cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle du souscripteur à la mutuelle MGP (article 27-1) de nature à affecter l'appréciation de l'importance du risque ou le montant des sommes dues.

Article 33 - Effets de la résiliation

1. La résiliation du régime fait cesser au 31 décembre de l'exercice de résiliation :
 - les garanties pour les risques survenus postérieurement,
 - les affiliations au régime.
2. Toutefois, la mutuelle MGP reste engagée sur les dépenses de santé engagées entre la date de souscription au régime et la fin de l'exercice civil de la résiliation et ce jusqu'à leur liquidation complète sous réserve du paiement des cotisations afférent à cette période et que les justificatifs de ces dépenses soient portés à sa connaissance dans les 12 mois suivant la date d'effet de la résiliation de la souscription.

Article 34 – Conditions du maintien de la couverture en cas de résiliation

La mutuelle MGP maintient, en application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (article 5), aux salariés affiliés à la date de la résiliation, à titre individuel la couverture santé selon les options et les modalités tarifaires en vigueur, à condition qu'ils en fassent la demande avant la fin du délai de préavis mentionné à l'article 32.

Cette couverture s'applique sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médicaux.

CHAPITRE IX

DISPOSITIONS LIEES A LA GARANTIE

Article 35 - Obligations du membre participant

Le membre participant s'engage :

1. à **informer** la mutuelle MGP de toute demande de prestations faisant suite à un **accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers**, la mutuelle MGP étant subrogée de plein droit aux bénéficiaires des prestations victimes d'un accident dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses supportées ;
2. à **informer** la mutuelle MGP, lorsqu'il bénéficie d'une garantie de même nature que celle assurée par le régime, souscrite de façon individuelle ou dans un cadre collectif, pour la mise en application des dispositions de l'article 39 du présent régime.
3. à **restituer la carte de tiers payant** qui lui a été remise par la mutuelle MGP, lorsqu'il n'appartient plus à la catégorie de salariés concernés par le régime ou de la rupture de son contrat de travail. Toute **utilisation abusive** de la carte expose son auteur à une action en recouvrement, et le cas échéant à une procédure judiciaire.

Article 36 - Ouverture et terme du droit à l'assurance

Le droit à l'assurance est ouvert dès la date d'effet de l'affiliation au régime en contrepartie du paiement régulier des cotisations dues que le souscripteur s'engage à verser à la mutuelle MGP pour le compte des membres participants dans les 10 jours suivant l'échéance figurant sur l'avis d'appel des cotisations qui lui est adressé.

Le droit à l'assurance prend fin en cas :

- de dénonciation de l'affiliation dans les conditions visées à l'article 27-2 du présent régime.
- de rupture du contrat de travail liant le membre participant au souscripteur par suite de démission, licenciement ou survenance du terme du contrat de travail, ou, le cas échéant, en cas d'entrée du membre participant dans une catégorie professionnelle non couverte par le régime, le terme des garanties étant fixé à la date de radiation du membre participant des effectifs salariés du souscripteur ou de la catégorie professionnelle couverte par le régime.

Article 37 - Ouverture des droits aux prestations

1. Le droit aux prestations est ouvert dès la date d'effet de l'affiliation, sous réserve le cas échéant des délais d'attente spécifiques à certaines dépenses.
2. L'ouverture des droits aux prestations est subordonnée à la production des pièces justificatives mentionnées l'article 38 du présent contrat collectif.
3. Avant ou à l'occasion du règlement des dossiers de prestations, la mutuelle MGP peut procéder à tout contrôle conformément aux dispositions visées à l'article 40 du présent contrat collectif.
4. L'ouverture des droits aux prestations ne peut être prononcée que pour des actes, des soins, des prescriptions et des événements dont la date est postérieure à la date d'effet de l'affiliation du membre participant et/ou de ses ayants droit.

Article 38 - Règlement des prestations

Le versement des prestations est effectué directement par virement bancaire ou postal sur le compte de l'assuré, après échange des données informatisées entre organismes obligatoires d'Assurance Maladie ou sur présentation des décomptes originaux délivrés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie et, le cas échéant, des pièces justificatives ci-après mentionnées.

1. Pour le remboursement des dépenses de santé restant à charge après intervention du régime obligatoire d'Assurance Maladie, en cas de dépassement des tarifs de convention ou de responsabilité :
 - soins médicaux et chirurgicaux, frais d'optique, de prothèses dentaires ou de traitement d'orthodontie faciale : photocopie de la feuille de soins faisant apparaître le montant total des sommes payées par l'assuré ou note d'honoraires,
 - frais d'appareillage : facture acquittée du fournisseur,
 - frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : facturation de l'établissement hospitalier et, le cas échéant, des dépenses accessoires (frais de chambre particulière, d'accompagnement d'un enfant hospitalisé, de paiement du forfait journalier hospitalier...),
 - cures thermales : justification de l'accomplissement d'une cure thermale.
2. Pour la prise en charge, le cas échéant, des dépenses de santé ne donnant pas lieu à remboursement par le régime obligatoire d'Assurance Maladie :
 - justificatifs visés à l'alinéa précédent et toute pièce attestant du paiement des dépenses de santé dont le remboursement est demandé ;
 - notification du refus opposé par le régime obligatoire d'Assurance Maladie si tel est le cas, et notes d'honoraires correspondant aux soins dont le remboursement a été refusé faisant apparaître la cotation de l'acte pratiqué.
3. Pour le service des prestations complémentaires :
 - justification de la réalité de l'événement ouvrant droit à indemnisation (acte de naissance, de décès...).
 - les factures acquittées correspondant aux frais d'obsèques engagés et le justificatif de l'identité du bénéficiaire de la prestation à savoir la personne physique ou morale ayant supporté les frais d'obsèques.

Article 39 - Pluralité d'assurances

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 régime peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 40 - Contrôle

La mutuelle MGP peut procéder à tout contrôle permettant de vérifier l'exactitude des renseignements produits tant par le souscripteur que par les membres participants.

Les décisions prises à l'issue de ces contrôles sont portées à la connaissance des intéressés par lettre motivée, en recommandé avec demande d'accusé de réception.

Article 41 - Poursuite d'une couverture au profit des anciens salariés ou ayants droit

Lorsque la couverture d'un salarié ou d'un ayant droit prend fin dans les conditions mentionnées ci-après, la mutuelle MGP maintient, en application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (article 4), une garantie de prise en charge des frais médicaux et chirurgicaux :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail,
- au profit des ayants-droit affiliés du salarié décédé, sans limite de durée à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

Ce maintien s'effectue, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, dans le cadre des garanties et des conditions tarifaires en vigueur au titre des assurances individuelles. La nouvelle garantie prend effet le lendemain de la demande.

<p style="text-align: center;">CHAPITRE X</p> <p style="text-align: center;">DISPOSITIONS DIVERSES</p>
--

Article 42 : Autorité chargée du contrôle

La mutuelle MGP est soumise au contrôle administratif de :

L'ACP

61 rue Taitbout

75436 PARIS CEDEX 09

Article 43 : Informatique et libertés

En application de la loi N°78-17, l'assuré a un droit d'accès et de rectification des informations détenues par la Mutuelle Générale de Paris en s'adressant au siège figurant sur le bulletin individuel d'adhésion.

ANNEXE AU CONTRAT

Article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008 : « Portabilité des droits »

Conformément aux dispositions prévues par l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 et de ses avenants subséquents, chaque salarié dont le contrat de travail est rompu à compter du 1^{er} juillet 2009 et qui bénéficie d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage a la possibilité de prolonger sa couverture.

Ce système est appelé dispositif de portabilité. Il n'est pas obligatoire pour l'ancien salarié. Cependant il devra, au plus tard le dernier jour de son contrat de travail, accomplir les formalités suivantes :

- S'il souhaite en bénéficier : remplir et transmettre au service du personnel la déclaration d'adhésion au dispositif de portabilité des droits à la couverture santé complétée, dans le mois qui suit, par une attestation du Pôle Emploi confirmant son inscription en tant que demandeur d'emploi et la durée de son droit à indemnisation ;
- S'il ne souhaite pas en bénéficier : remplir et transmettre au service du personnel la déclaration de renonciation au dispositif de portabilité des droits à la couverture santé.

A défaut de retour de la déclaration d'adhésion ou de renonciation au dispositif de portabilité des droits à la couverture santé de la part du salarié, au plus tard le dernier jour de son contrat de travail, l'employeur l'affiliera d'office et prélèvera la totalité des cotisations correspondant à l'intégralité de la période de portabilité de la couverture santé.

En tout état de cause quel que soit le choix initial du salarié ou de l'ancien salarié, celui-ci a la possibilité de revenir sur sa décision dans les 10 jours calendaires qui suivent la date de fin de son contrat de travail. Dans ce cas, il doit adresser au service du personnel le document d'adhésion ou de renonciation au dispositif de portabilité des droits à la couverture santé par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception accompagné, le cas échéant, du paiement des cotisations afférentes.

Le maintien de la garantie prend effet dès le lendemain de la cessation du contrat de travail pendant une durée égale à celle de son dernier contrat de travail au sein du Souscripteur et ce pour une durée maximale de 9 mois.

La garantie est maintenue dans les mêmes conditions de prestations et de coût que pour les actifs, ce qui signifie que toute évolution du montant des prestations ou des cotisations intervenant durant la période de portabilité sera applicable à l'ancien salarié.

Elle est financée conjointement par l'ancien salarié et l'ancien employeur dans les proportions appliquées aux salariés de l'entreprise. La catégorie d'adhésion prise en compte tout au long de la période de portabilité est celle en vigueur au moment du départ de l'entreprise.

Le maintien de la couverture santé cessera :

- A la fin du dernier mois de la période de portabilité fixée au moment du départ de l'ancien salarié,
- A la fin du mois au cours duquel l'ancien salarié reprend une activité,
- A la fin du mois au cours duquel l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'assurance chômage se termine, quel qu'en soit le motif,
- Immédiatement en cas de non paiement par l'ancien salarié de sa part des cotisations.

En cas de prestations indûment versées (non information sur l'interruption de la période couverte par la portabilité, renonciation dans le délai de 10 jours calendaires, etc.) celles-ci seront dues par l'ancien salarié qui s'engage à les rembourser.

Le remboursement éventuel des cotisations versées en trop sera effectué auprès de l'ex-employeur, à charge pour lui de restituer à l'ancien salarié la part salariale.

Le délai de remboursement sera fonction de la date de réception du document nécessaire (déclaration de renonciation, attestation de reprise d'emploi ou de fin de versement des allocations chômage). Le remboursement sera effectué par mois complet à compter du mois suivant la date de fin d'effet de la portabilité.

La MGP se réserve la possibilité de demander à l'ancien salarié tout document lui permettant de justifier de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Une fois la période de portabilité arrivée à son terme, l'ancien salarié pourra bénéficier d'un maintien de garantie conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Il lui suffit pour cela d'en faire la demande auprès de la MGP dans un délai de six mois suivant la rupture de son contrat de travail, ou au plus tard avant la fin de la période de portabilité lorsque cette dernière est supérieure à six mois.

Les membres participants dont le contrat de travail est rompu ont également la possibilité, s'ils le souhaitent, d'adhérer à titre individuel aux garanties mutualisées proposées par la MGP.