



## Notice d'information Contrat Santé MNEC

La présente notice régit les modalités d'application des garanties définies aux contrats souscrits à titre individuel auprès d'Identités Mutuelle (ci-après dénommée « la Mutuelle ») (Mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité inscrite au registre national des mutuelles sous le numéro 379 655 541) située 24, boulevard de Courcelles, 75017 PARIS

### Définitions générales :

**Membre participant :** Personne qui adhère à la mutuelle par la signature du bulletin d'adhésion emportant acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur, et des droits et obligations du règlement mutualiste.

**Objet :** La garantie a pour objet de servir au participant des prestations à l'occasion des frais médicaux et de maternité qu'il a exposés dans les conditions et limites prévues par le contrat. Cette garantie peut être étendue aux frais concernant la famille du participant

**Date d'effet de l'Adhésion :** L'adhésion prend effet le premier jour du mois suivant la date de la demande et prend fin au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle par tacite reconduction, le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année civile.

**Echéance principale :** Le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année sous réserve que l'adhésion soit en vigueur.

**Conditions d'admission :** Le contrat est réservé aux personnes affiliées à l'un des régimes obligatoires de Sécurité sociale français.

**Etendue :** La garantie est applicable à la France métropolitaine, aux départements et Territoires d'Outre mer, ainsi qu'aux pays membres de l'union Européenne.

**Bénéficiaires :** L'Adhérent, son conjoint et leurs enfants, ayants droit aux prestations en nature d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français s'ils sont désignés au bulletin d'adhésion.

**Remboursement :** Le remboursement de la mutuelle complète celui de la Sécurité Sociale et ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

**Prescription :** Toute action dérivant de la présente souscription est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption, et notamment par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par le souscripteur pour ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou par le souscripteur ou le bénéficiaire à la mutuelle en ce qui concerne le règlement de la prestation.

**Cotisation :** Les cotisations, réglées par prélèvement automatique mensuel ou trimestriel, sont susceptibles d'être révisées au 1<sup>er</sup> janvier sur décision du Conseil d'Administration. Les cotisations sont fonction du régime d'assurance obligatoire et de la composition familiale.

**Carte d'adhérent/Tiers payant :** Une carte est délivrée à l'adhérent afin de lui permettre de justifier de son affiliation à la mutuelle, notamment lorsque la pratique du tiers payant est autorisée.

**Ouverture des droits :** Les prestations proposées sont accordées sans délai de stage, dès le premier jour d'adhésion, à l'exception des participations qui sont soumises à un délai de stage de 9 mois.

**Changement d'option :** L'adhérent peut changer d'option, sur simple demande écrite, au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année. La demande doit être formulée 2 mois avant la date d'effet. Un nouveau changement ne pourra pas intervenir avant 2 ans.

**Résiliation :** La démission doit être adressée par lettre recommandée au plus tard le 31 octobre et prend effet au 31 décembre suivant.

**Rétractation :** En cas d'adhésion dans le cadre d'une vente à distance, l'adhérent dispose d'un droit de rétractation de 14 jours calendaires à compter de la date d'effet de l'adhésion. Pour exercer ce droit il lui suffit d'adresser une lettre recommandée avec avis de réception à **Identités Mutuelle - 24 boulevard de Courcelles - 75017 PARIS** - selon le modèle suivant :

Monsieur le Directeur,

Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse) vous prie de bien vouloir prendre acte de ma renonciation au contrat santé n° XXXXX que j'ai signé en date du : .....

En application de l'article L221-18, je vous prie de procéder au remboursement des sommes versées lors de ma souscription, dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de réception de ma lettre recommandée. Le..... (date et signature)

Les paiements effectués pendant cette période seront intégralement remboursés par la mutuelle dans un délai de 30 jours calendaires à réception de la lettre recommandée.

**Autorité de Contrôle :** La Mutuelle est soumise au contrôle de l'ACP. Autorité de Contrôle Prudentielle, 61 rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09