

Guide pratique

MGC Santé Entreprise
Offre SYNTEC
2027



mutuelleMGC.fr
Mutuelle depuis 1883 !



MGC Santé Entreprise – Offre Syntec

Simple à mettre en place, facile à gérer

Protéger vos salariés n'a jamais été aussi simple. Avec MGC Santé Entreprise - Offre Syntec, vous leur offrez une couverture complète, adaptée au budget et aux besoins d'une petite structure... tout en respectant vos obligations légales, réglementaires et conventionnelles.

Parce qu'une petite entreprise doit aller vite et rester efficace, nous avons imaginé une offre simple, flexible et transparente, avec 7 niveaux de garanties et 1 Renfort Hospitalisation pour couvrir aussi bien les soins du quotidien que les dépenses plus importantes.

Chaque niveau offre un rapport qualité/prix optimisé pour une protection efficace.

Les garanties en un coup d'œil

Prestations essentielles

La réponse la plus économique aux obligations minimales prévues par la réglementation et la CCN Syntec (panier de soins minimum).

	Éco
 Soins courants	● ○ ○ ○ ○ ○
 Hospitalisation	● ○ ○ ○ ○ ○
 Optique	● ○ ○ ○ ○ ○
 Dentaire	● ○ ○ ○ ○ ○
 Aides auditives	● ○ ○ ○ ○ ○
 Médecines douces	● ○ ○ ○ ○ ○

Prestations équilibrées

Niveaux 1 et 2 : Garanties alignées sur les régimes améliorés 1 et 2 de la CCN Syntec.
Une prise en charge confortable des dépenses courantes sans surcoût inutile.

Niveaux 3 et 4 : Garanties supérieures au régime amélioré 2.
Pour les salariés qui souhaitent plus de sécurité sur les postes optique, dentaire, médecine de ville ou hospitalisation.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
 Soins courants	● ● ○ ○ ○ ○	● ● ● ○ ○ ○	● ● ● ● ○ ○	● ● ● ● ● ○
 Hospitalisation	● ● ○ ○ ○ ○	● ● ● ○ ○ ○	● ● ● ● ○ ○	● ● ● ● ● ○
 Optique	● ● ○ ○ ○ ○	● ● ● ○ ○ ○	● ● ● ● ○ ○	● ● ● ● ● ○
 Dentaire	● ● ○ ○ ○ ○	● ● ● ○ ○ ○	● ● ● ● ○ ○	● ● ● ● ● ○
 Aides auditives	● ● ○ ○ ○ ○	● ● ● ○ ○ ○	● ● ● ● ○ ○	● ● ● ● ● ○
 Médecines douces	● ○ ○ ○ ○ ○	● ● ● ○ ○ ○	● ● ● ● ○ ○	● ● ● ● ● ○

Prestations renforcées

Niveau 5 : garantie équivalente au régime amélioré 3 de la CCN
Niveau 6 : Notre formule la plus protectrice : couverture haut de gamme, idéale pour les besoins élevés en soins ou en hospitalisation

	Niveau 5	Niveau 6
 Soins courants	● ● ● ● ● ●	● ● ● ● ● ●
 Hospitalisation	● ● ● ● ● ○	● ● ● ● ● ●
 Optique	● ● ● ● ● ○	● ● ● ● ● ●
 Dentaire	● ● ● ● ● ●	● ● ● ● ● ●
 Aides auditives	● ● ● ● ● ○	● ● ● ● ● ○
 Médecines douces	● ● ● ● ● ●	● ● ● ● ● ●

Renfort Hospitalisation



Ce renfort facultatif vient compléter les remboursements d'honoraires en cas d'hospitalisation, quel que soit le niveau choisi.

Un fonctionnement flexible pour s'adapter à toutes les entreprises

- Vous choisissez 1 niveau obligatoire parmi les 4 premiers :**
Niveau Éco, Niveau 1, Niveau 2 ou Niveau 3
C'est ce niveau que vous financez à **au moins 50 %**, pour le salarié et ses enfants à charge (couverture obligatoire).
- Vous sélectionnez ensuite 3 niveaux facultatifs parmi les niveaux supérieurs.**
Ils permettent à vos salariés de renforcer leur couverture **sans impact sur votre budget**.
Chaque salarié est libre d'y adhérer... ou pas et c'est financé par le salarié.
- Le Renfort Hospitalisation s'ajoute au dispositif**
Il est proposé à tous les salariés, mais son adhésion reste entièrement facultative et à la charge du salarié.
- La couverture du conjoint est facultative**, à la charge du salarié.

Vos options en un coup d'œil

Niveau obligatoire	+	Niveau(x) facultatif(s) possible(s)						Option systématique
Éco	+	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	/	Renfort Hospitalisation
Niveau 1	+	/	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	/	Renfort Hospitalisation
Niveau 2	+	/	/	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	/	Renfort Hospitalisation
Niveau 3	+	/	/	/	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Renfort Hospitalisation

Une gamme 100% conforme à la CCN BET (Syntec)»

Toutes les combinaisons proposées couvrent intégralement les prestations définies dans la CCN :

- ✓ le panier de soins minimum,
- ✓ les régimes améliorés 1, 2 et 3,
- ✓ et, selon votre choix, des garanties supérieures.

Pourquoi choisir MGC pour votre entreprise ?

- ✓ **Un vrai avantage économique**
 - Déduction fiscale des cotisations patronales (*art. 39 du Code Général des Impôts*)
 - Exonération de charges sociales (*art. L242-1 du Code de la Sécurité Sociale*)
- ✓ **Une installation ultra simple**
 - Accompagnement par votre conseiller expert
 - Aucune formalité médicale
 - Prise en charge immédiate (*à l'exception de l'allocation Naissance & Adoption soumise à 9 mois de délai de carence*)
- ✓ **Un vrai confort pour vos salariés**
 - Analyse de devis optique, dentaire et hospitalier
 - Assistance santé 24h/24 – 7j/7 (*voir conditions dans la notice d'information assistance jointe*)
 - Appli web et mobile pour gérer son adhésion en toute simplicité
 - Gestion de qualité : 91% d'adhérents prêts à recommander la MGC (*Enquête INIT, novembre 2025*)

Garanties applicables au 1^{er} janvier 2027.

Les garanties sont conformes au cahier des charges des contrats responsables, au panier de soins et à la réforme du « 100% santé » permettant l'accès à des prestations réglementairement définies en optique, dentaire et audiologie entièrement remboursées, donc sans reste à charge. Le bénéficiaire des garanties peut choisir entre des prestations relevant du panier « 100% santé » ou des prestations hors panier « 100% santé » dont les remboursements se feront selon la formule de garanties choisie.

S'agissant d'actes pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), les remboursements indiqués dans le tableau incluent systématiquement le remboursement de cette dernière. Ils sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement (BR) définie par l'AMO et/ou sous forme de forfait en euros.

	Éco	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
SOINS COURANTS							
Honoraires médicaux							
Consultations et visites de généralistes adhérents à l'OPTAM ⁽¹⁾	100 %	150 %	220 %	300 %	400 %	400 %	400 %
Consultations et visites de généralistes hors OPTAM ⁽¹⁾	100 %	130 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %
Consultations et visites de spécialistes adhérents à l'OPTAM ⁽¹⁾	195 %	220 %	300 %	350 %	450 %	450 %	450 %
Consultations et visites de spécialistes hors OPTAM ⁽¹⁾	175 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %
Consultations de psychologues remboursées par l'AMO (12 séances par année civile) ⁽²⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes de chirurgie et actes techniques hors hospitalisation dans le cadre de l'OPTAM ⁽¹⁾	150 %	170 %	170 %	300 %	400 %	400 %	400 %
Actes de chirurgie et actes techniques hors hospitalisation hors OPTAM ⁽¹⁾	130 %	150 %	150 %	200 %	200 %	200 %	200 %
Imagerie médicale dans le cadre de l'OPTAM ⁽¹⁾	100 %	145 %	170 %	300 %	400 %	400 %	400 %
Imagerie médicale hors OPTAM ⁽¹⁾	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %	200 %	200 %
Participation forfaitaire sur les actes lourds ⁽³⁾	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels
Honoraires paramédicaux							
Auxiliaires médicaux et paramédicaux	100 %	100 %	100 %	300 %	400 %	400 %	400 %
Analyses et examens de laboratoire							
Analyses médicales	100 %	100 %	100 %	300 %	400 %	400 %	400 %
Médicaments							
Médicaments remboursés par l'AMO (au taux de 65%, 30% et 15%)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Matériel médical							
Appareillage et prothèses médicales (Hors aides auditives et optique) ⁽⁴⁾	175 %	200 %	200 %	300 %	400 %	400 %	400 %
Forfait de location et de mise à disposition des véhicules pour personnes handicapées dans le cadre de la location de courte durée	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente en vigueur						
Prothèses capillaires de classe II (équipement 100% Santé)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente en vigueur						
Autres prestations							
Transport remboursé par l'AMO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
SOINS EFFECTUÉS À L'ÉTRANGER							
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par l'AMO	100 %	100 %	100 %	250 %	300 %	300 %	300 %
HOSPITALISATION							
Hospitalisation, médecine, psychiatrie, chirurgie et obstétrique, sauf établissements médico-sociaux et unités de soins de longue durée							
Frais de séjour							
Frais de séjour pris en charge par l'AMO (y compris en établissement non conventionné)	175 %	200 %	200 %	Frais réels (plafond 400 %BR)	Frais réels (plafond 600 %BR)	Frais réels (plafond 600 %BR)	Frais réels (plafond 600 %BR)
Honoraires							
Honoraires en hospitalisation et ambulatoire dans le cadre de l'OPTAM ⁽¹⁾	195 %	220 %	220 %	400 %	500 %	525 %	525 %
Honoraires en hospitalisation et ambulatoire hors OPTAM ⁽¹⁾	175 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %
Participation forfaitaire sur les actes lourds ⁽³⁾	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels
Forfait Patient Urgences ⁽⁵⁾	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels
Forfait journalier hospitalier							
Forfait journalier des établissements hospitaliers (par jour)	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels

		Éco	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
Chambre particulière ⁽⁶⁾								
Chambre particulière en établissement conventionné (durée illimitée) (par jour)		45€/jour	60€/jour	90€/jour	100€/jour	120€/jour	130€/jour	130€/jour
Frais d'accompagnement :								
Personne accompagnante en établissement conventionné hospitalier et en maison d'accueil hospitalière adhérente à la Fédération des Maisons Hospitalières : repas* et lit (durée illimitée) (par jour) * En tout état de cause, seuls les repas fournis par l'établissement hospitalier pourront faire l'objet d'une prise en charge.		45€/jour	60€/jour	90€/jour	90€/jour	90€/jour	130€/jour	130€/jour
OPTIQUE								
Équipements optiques (forfaits€ incluant la prise en charge de l'AMO)								
Participation limitée à un équipement ⁽⁷⁾ (2 verres et 1 monture) tous les 24 mois, ramenés à 12 mois pour les enfants de moins de 16 ans, et à 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Délais s'appréciant à partir de la date d'acquisition du dernier équipement ayant donné lieu à une prise en charge par l'AMO. Par exception, en cas d'évolution de la vue ou de la réfraction et dans les situations énumérées par la réglementation, il peut être dérogé à ces délais.								
Équipements « 100 % santé » ⁽⁸⁾								
- Monture de classe A		Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente en vigueur						
- Verre de classe A avec options Durci, Aminci et Anti-reflet (les verres peuvent être associés à une monture de classe A ou de classe B)		Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente en vigueur						
- Prestation d'adaptation de la correction réalisée par l'opticien		Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente en vigueur						
- Prestation d'appairage réalisée par l'opticien		Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente en vigueur						
- Supplément pour verres avec filtre		Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente en vigueur						
Équipements entrant dans le cadre du panier de soins « libre » (classe B, à prix libres)								
> ENFANT (jusqu'à 16 ans) - garanties incluant la participation de l'Assurance Maladie Obligatoire								
Monture (par monture)		60€	75€	100€	100€	100€	100€	100€
Verre unifocal, sphérique (par verre) ⁽⁹⁾	sphère de -6 à +6	45€	50€	60€	85€	110€	110€	110€
	sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	80€	85€	95€	125€	165€	165€	165€
	sphère <-12 ou >+12	85€	90€	100€	135€	175€	175€	175€
Verre unifocal, sphéro-cylindrique (par verre) ⁽⁹⁾	cylindre <= +4 sphère de -6 à 0	55€	60€	70€	95€	120€	120€	120€
	sphère >0 et (sphère et cylindre) <=+6	55€	60€	70€	95€	120€	120€	120€
	sphère >0 et (sphère et cylindre) >+6	75€	75€	75€	95€	120€	120€	120€
	cylindre <= +4, sphère <-6	85€	90€	100€	135€	175€	175€	175€
	cylindre > +4, sphère de -6 à 0	95€	100€	110€	145€	185€	185€	185€
	cylindre > +4, sphère de <-6	105€	110€	120€	155€	195€	195€	195€
Verre multifocal ou progressif sphérique (par verre) ⁽⁹⁾	sphère de -4 à +4	110€	115€	125€	175€	225€	225€	225€
	sphère de <-4 à >+4	120€	125€	135€	185€	235€	235€	235€
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique (par verre) ⁽⁹⁾	cylindre <=+4, sphère de -8 à 0	130€	135€	145€	195€	245€	245€	245€
	sphère >0 et (sphère + cylindre) <=+8	130€	135€	145€	195€	245€	245€	245€
	sphère >0 et (sphère + cylindre) >+9	130€	135€	145€	195€	245€	245€	245€
	cylindre >+4, sphère de -8 à 0	130€	135€	145€	195€	245€	245€	245€
	sphère de <-8	130€	135€	145€	195€	245€	245€	245€
Prestation d'adaptation de la correction réalisée par l'opticien		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Supplément pour verres avec filtre		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
> ADULTE (16 ans et plus) - garanties incluant la participation de l'Assurance Maladie Obligatoire								
Monture (par monture)		80€	100€	100€	100€	100€	100€	100€
Verre unifocal, sphérique (par verre) ⁽⁹⁾	sphère de -6 à +6	75€	80€	90€	120€	145€	145€	145€
	sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	85€	90€	100€	160€	200€	200€	200€
	sphère <-12 ou >+12	95€	100€	110€	170€	210€	210€	210€

* si remboursé par l'AMO.

** correspond à l'année civile.

		Éco	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
Verre unifocal, sphéro-cylindrique (par verre) ⁽⁹⁾	cylindre <= +4 sphère de -6 à 0	85€	90€	100€	130€	155€	155€	155€
	sphère >0 et (sphère et cylindre) <=+6	85€	90€	100€	130€	155€	155€	155€
	sphère >0 et (sphère et cylindre) >+6	85€	90€	100€	130€	155€	155€	155€
	cylindre <= +4, sphère <-6	95€	100€	110€	170€	210€	210€	210€
	cylindre > +4, sphère de -6 à 0	105€	110€	120€	180€	220€	220€	220€
	cylindre > +4, sphère de <-6	115€	120€	130€	190€	230€	230€	230€
Verre multifocal ou progressif sphérique (par verre) ⁽⁹⁾	sphère de -4 à +4	135€	140€	160€	210€	260€	260€	260€
	sphère de <-4 à >+4	145€	150€	170€	220€	270€	270€	270€
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique (par verre) ⁽⁹⁾	cylindre <=+4, sphère de -8 à 0	155€	160€	180€	230€	280€	280€	280€
	sphère >0 et (sphère + cylindre) <=+8	155€	160€	180€	230€	280€	280€	280€
	sphère >0 et (sphère + cylindre) >+9	155€	160€	180€	230€	280€	280€	280€
	cylindre >+4, sphère de -8 à 0	155€	160€	180€	230€	280€	280€	280€
	sphère de <-8	155€	160€	180€	230€	280€	280€	280€
Prestation d'adaptation de la correction réalisée par l'opticien		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Supplément pour verres avec filtre		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Autres prestations

Lentilles prescrites remboursées par l'AMO (par année civile); garanties égales au minimum à 100% BR	85€/an**	100€/an**	200€/an**	250€/an**	315€/an**	350€/an**	350€/an**
Lentilles prescrites non remboursées par l'AMO (par année civile)	85€/an**	100€/an**	200€/an**	250€/an**	315€/an**	350€/an**	350€/an**
Opération chirurgicale réfractive (par œil)	700€/œil	800€/œil	900€/œil	900€/œil	1000€/œil	1000€/œil	1000€/œil

DENTAIRE

Soins

Soins dentaires	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Soins dentaires avec dépassement (y compris Inlay/Onlay)	150%	200%	200%	300%	350%	350%	350%

Soins et prothèses «100% santé»⁽⁸⁾

Prothèses dentaires remboursées par l'AMO, entrant dans le cadre du panier de soins «100% santé»

Prise en charge intégrale **dans la limite des honoraires limites de facturation en vigueur**

Prothèses

Limitation du nombre de prothèses dentaires entrant dans le cadre des paniers honoraires maîtrisés ou honoraires libres (comprenant prothèses remboursées et non remboursées par l'AMO ainsi que Inlay-cores) (par année civile). Au-delà de ce plafond, la prise en charge sera limitée à 125% de la BR (dont la part AMO). Les prothèses du panier honoraires maîtrisés sont par ailleurs prises en charge dans la limite des honoraires limites de facturation en vigueur. Les prothèses transitoires et provisoires n'entrent pas en compte dans la limitation du nombre de prothèses.

	3 prothèses /an**	3 prothèses /an**	3 prothèses /an**	4 prothèses /an**	4 prothèses /an**	4 prothèses /an**	4 prothèses /an**
Prothèses remboursées par l'AMO sur dents visibles (incisives, canines, prémolaires), y compris couronnes sur implant	250%	300%	450%	475%	500%	550%	550%
Prothèses remboursées par l'AMO sur dents non visibles (molaires), y compris couronnes sur implant	175%	200%	350%	475%	500%	500%	500%
Inlay-cores remboursés par l'AMO	150%	200%	200%	475%	500%	500%	500%
Prothèses non remboursées par l'AMO (par année civile)	150€/an**	200€/an**	300€/an**	480€/an**	580€/an**	580€/an**	580€/an**

Autres prestations

Orthodontie remboursée par l'AMO	250%	300%	350%	400%	450%	450%	450%
Orthodontie non remboursée par l'AMO (par année civile) (BR reconstituée sur la base d'un acte codé TO90 par année civile) ⁽¹⁰⁾	-	250%	250%	300%	350%	350%	350%
Parodontologie non remboursée par l'AMO (par année civile)	-	200€ / an**	300€ / an**	300€ / an**	300€ / an**	300€ / an**	300€ / an**
Implantologie (implant, pilier) (par année civile)	500€/an**	500€/an**	500€/an**	500€/an**	600€/an**	800€/an**	800€/an**

* si remboursé par l'AMO.
** correspond à l'année civile.

AIDES AUDITIVES

Aides auditives prises en charge par l'AMO

Participation limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans. Ce délai s'apprécie à compter de la date de la dernière facturation d'un appareil ayant donné lieu à une prise en charge par l'AMO.

Équipements «100 % santé»⁽⁸⁾

Aides auditives relevant du panier «100 % Santé»

Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente en vigueur

Équipements entrant dans le cadre du panier de soins «libre»

Aides auditives à prix libres (classe II) :

Garanties égales au minimum à 100% BR. Montants incluant le remboursement AMO.

Autres prestations

Frais d'entretien des prothèses auditives remboursés par l'AMO (piles...)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
---	------	------	------	------	------	------	------

PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES

Automédication en pharmacie (sur présentation d'une facture acquittée et nominative)⁽¹¹⁾ (par année civile)

-	-	-	75€/an**	100€/an**	110€/an**	120€/an**
---	---	---	----------	-----------	-----------	-----------

Médecines douces, sur présentation d'une facture acquittée mentionnant le numéro RPPS du professionnel de santé et le nom du bénéficiaire des actes ou prestations : consultation ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien, tabacologue (par séance)

30€/séance (2 séances par an**)	30€/séance (3 séances par an**)	30€/séance (4 séances par an**)	40€/séance (4 séances par an**)	50€/séance (4 séances par an**)	50€/séance (5 séances par an**)	60€/séance (5 séances par an**)
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Diététique (prescription par un diététicien ou un médecin non prise en charge par l'AMO) (par année civile)

-	-	60€/an**	60€/an**	60€/an**	60€/an**	60€/an**
---	---	----------	----------	----------	----------	----------

Produits de sevrage tabagique (par année civile)

-	-	50€/an**	50€/an**	50€/an**	100€/an**	100€/an**
---	---	----------	----------	----------	-----------	-----------

Contraception féminine (par année civile)

-	-	50€/an**	60€/an**	70€/an**	100€/an**	100€/an**
---	---	----------	----------	----------	-----------	-----------

Vaccin anti-grippe (par année civile)

-	-	15€/an**	15€/an**	15€/an**	70€/an**	70€/an**
---	---	----------	----------	----------	----------	----------

Vaccins prescrits non remboursés par l'AMO⁽¹²⁾

-	-	90€/an**	90€/an**	90€/an**	100€/an**	100€/an**
---	---	----------	----------	----------	-----------	-----------

Ostéodensitométrie (par année civile)

50€/an**	50€/an**	60€/an**	65€/an**	70€/an**	100€/an**	100€/an**
----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-----------

Prévention remboursée par l'AMO

100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
------	------	------	------	------	------	------

ALLOCATIONS

Naissance et adoption (sous conditions - voir la notice d'information) (par enfant)

-	-	-	500€	600€	600€	600€
---	---	---	------	------	------	------

SERVICES

 Assistance (voir la notice d'information)	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
 Services et réseaux de professionnels de santé Santéclair	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
 Club Avantages (réductions sur cinéma, billetterie, loisirs...)	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui

SANTÉCLAIR



Optique

15% de remise^{#2} minimum sur les montures du panier à prix libre
Chez tous les opticiens partenaires Santéclair^{#1} :

Une solution complète sans reste à charge avec l'offre « OFFRECLAIR », incluant :

- Des montures éco-responsables, fabriquées en France (label Origine France Garantie).
- Des verres de grandes marques à tarifs préférentiels, dotés d'un traitement anti-rayures, anti-reflets et amincis si nécessaire.
- Ou encore : Des montures et des verres de marque proposés à des tarifs préférentiels.

Chirurgie réfractive, dans les centres partenaires Santéclair^{#1},
 profitez de techniques de pointe pour corriger vos troubles visuels,
 à des tarifs préférentiels.

Dentaire

Chez les chirurgiens-dentistes
partenaires Santéclair^{#1} :

Bénéficiez de tarifs préférentiels sur les prothèses dentaires les plus courantes à prix libres.

Profitez de tarifs préférentiels sur les actes d'orthodontie les plus courants. Bénéficiez jusqu'à 30% de réduction^{#2} par rapport aux prix médians du marché pour tous les actes d'implantologie.

Audioprothèse

Chez tous les audioprothésistes partenaires Santéclair^{#1} :

Profitez du tiers-payant et réalisez jusqu'à 35% d'économies^{#2} sur toutes les gammes d'appareils auditifs.

Téléconsultation

Consultez un médecin généraliste ou spécialiste en vidéo, 24h/24 et 7j/7.

Sans frais et autant de fois que nécessaire.

Médecines douces

Chez les diététiciens, ostéopathes et chiropracteurs
partenaires Santéclair^{#1} :

Bénéficiez de consultations à tarifs préférentiels, avec une réduction de 15% par rapport aux prix moyens du marché (source : données Santéclair).

#1 Coordonnées consultables sur le site ou l'application MySantéclair accessibles à partir de l'espace adhérent MGC (mutuellemgc.fr) ou l'application MGC, ou en contactant votre conseiller MGC.

#2 Par rapport aux tarifs habituellement pratiqués hors réseau Santéclair, à actes et matériaux identiques. Étude Santéclair sur les devis analysés en 2022. Le pourcentage de réduction varie selon les références.

* si remboursé par l'AMO.
 ** correspond à l'année civile.

Conditions de remboursement

Les garanties sont conformes au cahier des charges des contrats responsables (articles L.871-1, R. 871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale), et à l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale.

- > Le remboursement de vos soins se fait toujours dans la limite de la dépense engagée : votre remboursement total (AMO + MGC) ne peut pas être supérieur au montant que vous avez dépensé.
- > Dans le cadre des contrats responsables, la mutuelle MGC ne vous rembourse pas les franchises médicales et la participation forfaitaire de 2€ sur les consultations.
- > La mutuelle MGC ne rembourse pas les soins et les actes médicaux dont le fait générateur (date de la prescription médicale, date des soins, date de facturation...) intervient avant la date d'effet de l'adhésion
- > La mutuelle MGC ne rembourse pas les montants au-delà des prix limites de vente ou honoraires limites de facturation pour les soins et actes relevant du panier « 100 % santé » ou du panier « honoraires maîtrisés ».

Légendes du tableau

1 - OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) : dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée visant à encadrer les dépassements d'honoraires dans le but d'améliorer l'accès aux soins des patients. OPTAM-ACO est un dispositif similaire à celui de l'OPTAM destiné aux Anesthésistes, Chirurgiens et Obstétriciens.

2 - Consultations effectuées auprès d'un psychologue conventionné et référencé dans l'annuaire mis en ligne sur le site Mon soutien psy (<https://monsoutienpsy.ameli.fr/recherche-psychologue>).

Pour bénéficier de la prise en charge de ces séances d'accompagnement psychologique, l'assuré doit :

- être âgé de trois ans ou plus ;
- présenter des troubles d'une nature et d'une intensité définis selon les critères fixés par l'arrêté du 8 mars 2022, modifié.

3 - Pour les actes dont le tarif est ≥ à 120 € ou ayant un coefficient ≥ à 60, l'adhérent s'acquitte en principe d'une participation forfaitaire de 32 euros. Cette participation forfaitaire de 32 euros est intégralement prise en charge par la mutuelle, sauf dans le cas où elle est remboursée par le régime obligatoire.

4 - Le Grand appareillage comprend les dispositifs médicaux suivants :

- Podo-orthèse
- Orthoprothèse
- Prothèse oculaire et faciale
- Dispositifs médicaux implantables et greffons et dispositifs médicaux implantables actifs.

Les dispositifs médicaux qui ne sont pas inclus dans le Grand appareillage relèvent du Petit appareillage.

Il s'agit : des dispositifs médicaux et matériels de maintien à domicile et d'aide à la vie ; des dispositifs médicaux, matériels et produits pour le traitement de pathologies spécifiques ; des orthèses ; des matériels de contention ; des aliments diététiques et des articles pour pansements.

5 - Le forfait patient urgences (FPU) est une somme forfaitaire facturée lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

6 - Concernant spécifiquement la chambre particulière en soins de suite et de réadaptation, celle-ci doit être prise au sein d'une structure figurant dans l'annuaire du site sanitaire-social.com, répertoriant la liste complète des centres de Soins de Suite et de Réadaptation.

En cas d'hospitalisation du membre participant ou de son ayant droit bénéficiaire, la mutuelle MGC prend en charge les frais de location d'un téléviseur ou ceux afférents à un forfait internet (Wifi) dans le cadre d'un forfait journalier à hauteur de 4,10 euros, **pour une durée maximale de 30 jours par hospitalisation**, et dans la limite de la dépense réelle. Cette garantie est accessible dès lors qu'il y a hospitalisation, sans limitation quant au nombre d'hospitalisations dans l'année.

7 - Par dérogation au principe de limitation à un équipement par période de 24 mois et sur présentation d'une ordonnance ophtalmologique précisant une intolérance ou une contre indication aux verres progressifs ou multifocaux, la participation de la Mutuelle peut porter pour ladite période sur 2 équipements, l'un pour la vision de près, l'autre pour la vision de loin.

8 - tels que définis réglementairement

9 - Il est possible de combiner les verres de la façon suivante : 2 verres simples ; ou 2 verres complexes ; ou 2 verres très complexes ; ou 1 verre simple + 1 verre complexe ; ou 1 verre simple + 1 verre très complexe ; ou 1 verre complexe + 1 verre très complexe.

10 - Le montant de la garantie correspond à un % de la Base de Remboursement de l'acte TO90, la valeur de ce dernier étant définie par l'AMO à 193,50€ au 1^{er} janvier 2023.

11 - Liste applicable à partir du 1^{er} janvier 2026, établie en date du 10/08/2025, susceptible d'évoluer en fonction des retraits du marché de médicaments. Consultable à tout moment sur mutuellemgc.fr et sur simple demande. Les noms en **gras italique** correspondent au principe actif du médicament (= générique). Les noms en *italique* sont des médicaments d'homéopathie

Allergie > rhinite : Alairgix Allergie Cetirizine, Alairgix Rhinite Allergique Cromoglicate de Sodium, **Cetirizine**, Cromorhinol, **Desloratadine**, Drill Allergie Cetirizine, Humex Allergie Cetirizine, Humex Allergie Loratadine, Humex Rhume des foies à la Beclometasone,

Loratadine, Polaramine, Reactine, Zyrtecset **Allergie > conjonctivite collyre :** Allergiflash, Allergocomod, Cromabak, Cromadoses, **Cromoglicate de Sodium**, Cromoptic, Humex Conjonctivite Allergique, Levofree, Levophta, Multicrom, Naabak, Ophtacalm, Ophtacalmfree, Opticron

Antalgiques : Advil, Advilcaps, Advilmed, Alka Seltzer, Antarene, Aspegic, **Aspirine**, Aspro, Cefaline, Claradol, Claradol Caféine, Dafalgan, Dafalgancaps, Dafalgantabs, Doliprane, Dolipraneliquiz, Dolipraneorodoz, Dolipranetabs, Efferalgan, Efferalganmed, **Ibuprofene**, **Ibuprofene set**, Nurofen, Nurofencaps, Nurofenfem, Nurofenflash, Nurofentabs, **Paracetamol**, Paralyoc, Prontadol, Spedifen, Spifen, Toprec

Anxiété, troubles du sommeil, dépression légère :

Anxemil, Arkogelules Eschscholtzia, Arkogelules Valeriane, Biocardie, **Biomag**, Cardiacalm, Donormyl, **Doxylamine**, Euphytose, *Gelsemium Complex N°70* *Lehning*, Granions de Lithium, *Homeogene 46*, *L72*, Lidene, Oligosol Lithium, *Passiflora Compose*, Passiflorine, Santamed N9, *Sedatif PC*, Sedinax, Somnidoron, Spasmine, *Stressdoron*, *Valeflor*, *Zenalia*

Troubles digestifs > diarrhée : Diaretyl, Diarfix, Diastrolib, Imodiumcaps, Imodiumduo, Imodiumlingual, Imodiumliquicaps, **Loperamide**, **Racecadotril**, Tiorfast **Troubles digestifs > constipation :** Duphalac, Eductyl, Forlax, Huile de paraffine, Importal, **Lactulose**, Lansoyl, **Macrogol**, Melaxose, Movicol, Parapsyllium, Psylla, Psyllium, Restrictal, Sorbitol, Spagulax, Transipeg, Transipeglib, Transulose

Troubles digestifs > digestion difficile : Acticarbine, Arginine Veyron, Carbolevure, *Caromint*, Chophytol, **Citrate de Betaine**, *Gastrocynesine*, *Nux Vomica composé*, Oddibil, Oxyboldine, Sorbitol, Sulfarlem **Troubles digestifs > ballonnements :** Acticarbine, Bolinan, Carbactive, Carbolevure, Carbosylane, Carbosymag, Charbon de Belloc, *L114 Lehning*, Meteospasmyl, Oxyboldine, Pepsane, Polysilane, Rennie Deflatine, Siligaz

Troubles digestifs > ventre douloureux (spasmes) : Meteospasmyl, Meteoxane, **Phloroglucinol**, Spasfon, Spasfon Lyoc, Spasmocalm

Troubles digestifs > brûlure estomac : Alginate de Sodium / Bicarbonate de Sodium, Carbosymag, **Esomeprazole**, Gaviscon, Gavisconell, Gavisconpro, Ipraalox, Maalox maux d'estomac, Maalox reflux, Marga, Mopralpro, Moxidar, Neutricid, **Omeprazole**, **Pantoprazole**, Phosphalugel, Rennie, Rennie Deflatine, Xolaam

Panier petite enfance

Nez : Serum physiologique en dosette, quelle que soit la marque, Versol, Mouche bébé quelle que soit la marque (pharmacie)

Erythème fessier : Aloplastine, A Derma : Primalba crème change, Bioderma : ABC crème change intensif, Boiron : crème de change 2 en 1, Gifrer : crème SOS fesses rouges, Liniment Oleocalcaire (Cooper, Gifrer, Gilbert, la Rosée, Mustella, Rivadouce,...), Lustine : Eryplast pâte à l'eau, Mustella : crème de change 123, Mustella : crème de change BIO, Mustella : spray change, Pharmactiv BIO : crème de change, Rivadouce bébé : crème pour le change, Uriage bébé : 1^{er} change crème

Poussées dentaires : Calmosine, Camilia, Dentinea, Dolodent

Panier autotest et surveillance

Test de grossesse : Clearblue, Exacto test de grossesse, Biosynex test de grossesse, Suretest test de grossesse. La prise en charge de la Mutuelle s'effectue sous réserve que le bénéficiaire soit âgé de 13 ans minimum, et sera en tout état de cause limitée au forfait disponible et prévu par le poste automédication en pharmacie.

Dépistage infection urinaire : Uritest, Exacto infection urinaire

Dépistage infections virales : Autotest Covid, Autotest combiné Covid + grippe

Surveillance pression artérielle : Autotensiomètre (quelle que soit la marque). La prise en charge de la mutuelle est limitée à un appareil par famille et par an. En tout état de cause, la prise en charge sera limitée au forfait disponible et prévu par le poste automédication en pharmacie.

12 - Vaccins non remboursés par l'AMO : fièvre jaune, méningite, encéphalite japonaise, fièvre typhoïde, rage ; traitement préventif antipaludique.



MGC SANTÉ SYNTEC

Tableau des garanties non responsables 2027
« Renfort Hospitalisation »

Garanties applicables au 1^{er} janvier 2027.

Les garanties « Renfort Hospitalisation » interviennent en complément du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) ainsi que des garanties collectives responsables « MGC SANTÉ SYNTEC ».

Les remboursements indiqués dans le tableau sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement (BR) définie par l'AMO.

Renfort Hospitalisation

HOSPITALISATION

Hospitalisation, médecine, psychiatrie, chirurgie et obstétrique, sauf établissements médico-sociaux et unités de soins de longue durée

Honoraires :

Honoraires en hospitalisation et ambulatoire hors OPTAM ⁽¹⁾ remboursés par l'AMO, pour des soins engagés en France	+200 %
---	--------

Conditions de remboursement

- > Le remboursement de vos soins se fait toujours dans la limite de la dépense engagée : votre remboursement total (AMO + MGC) ne peut pas être supérieur au montant que vous avez dépensé.
- > La mutuelle MGC ne rembourse pas les soins et les actes médicaux dont le fait générateur (date de la prescription médicale, date des soins, date de facturation...) intervient avant la date d'effet de l'adhésion

Légendes du tableau

1 - OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) : dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée visant à encadrer les dépassements d'honoraires dans le but d'améliorer l'accès aux soins des patients. OPTAM-ACO est un dispositif similaire à celui de l'OPTAM destiné aux Anesthésistes, Chirurgiens et Obstétriciens.

Quelques exemples de remboursement

Bien comprendre le tableau des garanties est primordial. Pour vous aider, vous disposez ici de plusieurs exemples de remboursement, en vigueur au 01/01/2026, calculés pour un affilié au régime général de l'assurance maladie.

Dans le cas d'un remboursement exprimé en %, gardez toujours en tête que le remboursement se calcule selon le tarif donné par l'Assurance Maladie Obligatoire (la base de remboursement : BR) et non selon le prix pratiqué par le professionnel de santé.

Les % indiqués sur le tableau de garanties correspondent

au remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et de la mutuelle MGC pour un affilié au régime général.

Les remboursements de la mutuelle MGC se limitent à la dépense engagée. Par exemple, si le coût d'une chambre particulière est de 60€, le remboursement de la mutuelle MGC, même si la garantie prévoit un remboursement de 70€, n'ira pas au-delà de 60€. Un tableau de garanties annonçant un remboursement à 200% signifie que le remboursement AMO + MGC sera égal à 2 fois la BR. Les exemples correspondent aux remboursements de

l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et de la mutuelle MGC dans le respect du parcours de soins. Ils sont calculés en fonction des tarifs de l'AMO en vigueur au 01/01/2026.

Le remboursement des honoraires des médecins dépend de leur adhésion à l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) : dispositif de pratique tarifaire maîtrisée visant à encadrer les dépassements d'honoraires dans le but d'améliorer l'accès aux soins des patients. L'OPTAM-CO est un dispositif similaire à celui de l'OPTAM destiné aux Chirurgiens et Obstétriciens.

	ÉCO	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
SOINS COURANTS							
1 Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans en secteur 1.							
Dépense (Tarif conventionnel)	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00
Remboursement AMO (Régime général)	19,00	19,00	19,00	19,00	19,00	19,00	19,00
Remboursement MGC	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00
Reste à charge (RAC)	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
<i>Précisions : Le RAC comprend la participation forfaitaire de 2 € laissée à votre charge par l'AMO</i>							
2 Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans en secteur 1.							
Dépense (Tarif conventionnel)	35,00	35,00	35,00	35,00	35,00	35,00	35,00
Remboursement AMO (Régime général)	24,50	24,50	24,50	24,50	24,50	24,50	24,50
Remboursement MGC	10,50	10,50	10,50	10,50	10,50	10,50	10,50
Reste à charge (RAC)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3 Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans (médecin adhérent OPTAM ou OPTAM-co).							
Dépense (Tarif conventionnel)	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00
Remboursement AMO (Régime général)	24,50	24,50	24,50	24,50	24,50	24,50	24,50
Remboursement MGC	25,50	25,50	25,50	25,50	25,50	25,50	25,50
Reste à charge (RAC)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4 Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans en secteur 2 (médecin non adhérent OPTAM ou OPTAM-co).							
Dépense (Prix moyen national de l'acte)	62,00	62,00	62,00	62,00	62,00	62,00	62,00
Remboursement AMO (Régime général)	16,10	16,10	16,10	16,10	16,10	16,10	16,10
Remboursement MGC	24,15	29,90	29,90	29,90	29,90	29,90	29,90
Reste à charge (RAC)	21,75	16,00	16,00	16,00	16,00	16,00	16,00
5 Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans en ophtalmologie en secteur 1.							
Dépense (Tarif conventionnel)	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00
Remboursement AMO (Régime général)	26,00	26,00	26,00	26,00	26,00	26,00	26,00
Remboursement MGC	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00
Reste à charge (RAC)	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
<i>Précisions : Le RAC comprend la participation forfaitaire de 2 € laissée à votre charge par l'AMO</i>							
6 Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans en ophtalmologie en secteur 2 (médecin non adhérent OPTAM ou OPTAM-co).							
Dépense (Prix moyen national de l'acte)	66,00	66,00	66,00	66,00	66,00	66,00	66,00
Remboursement AMO (Régime général)	14,10	14,10	14,10	14,10	14,10	14,10	14,10
Remboursement MGC	24,15	29,90	29,90	29,90	29,90	29,90	29,90
Reste à charge (RAC)	27,75	22,00	22,00	22,00	22,00	22,00	22,00
<i>Précisions : Le RAC comprend la participation forfaitaire de 2 € laissée à votre charge par l'AMO</i>							
7 Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans en gynécologie (médecin adhérent OPTAM ou OPTAM-co)							
Dépense (Prix moyen national de l'acte)	53,00	53,00	53,00	53,00	53,00	53,00	53,00
Remboursement AMO (Régime général)	26,00	26,00	26,00	26,00	26,00	26,00	26,00
Remboursement MGC	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00	25,00
Reste à charge (RAC)	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
<i>Précisions : Le RAC comprend la participation forfaitaire de 2 € laissée à votre charge par l'AMO</i>							

		ÉCO	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
8	Matériel médical : achat d'une paire de béquilles							
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	26,71	26,71	26,71	26,71	26,71	26,71	26,71
	Remboursement AMO (Régime général)	14,64	14,64	14,64	14,64	14,64	14,64	14,64
	Remboursement MGC	12,07	12,07	12,07	12,07	12,07	12,07	12,07
	Reste à charge (RAC)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9	Trois boîtes de médicaments à service médical rendu (SMR) faible (vignette orange).							
	Dépense (Tarif conventionnel)	52,80	52,80	52,80	52,80	52,80	52,80	52,80
	Remboursement AMO (Régime général)	4,92	4,92	4,92	4,92	4,92	4,92	4,92
	Remboursement MGC	44,88	44,88	44,88	44,88	44,88	44,88	44,88
	Reste à charge (RAC)	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
<i>Précisions : Le RAC comprend la franchise médicale de 1€ par boîte de médicament laissée à votre charge par l'AMO</i>								
HOSPITALISATION								
10	Forfait journalier hospitalier (hébergement).							
	Dépense (Tarif réglementaire)	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00
	Remboursement AMO (Régime général)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Remboursement MGC	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00
	Reste à charge	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11	Chambre particulière en chirurgie pour 1 nuit (sur demande du patient).							
	Dépense (Prix moyen en hôpital public)	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00
	Remboursement AMO (Régime général)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Remboursement MGC	45,00	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00
	Reste à charge (RAC)	15,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<i>Précisions : La chambre particulière est soumise à un délai d'attente mentionné dans le tableau des garanties. Ce délai est supprimé si l'Adhérent était couvert par des garanties équivalentes à la date d'adhésion.</i>								
Séjours avec actes lourds, en secteur privé : opération chirurgicale de la cataracte								
12	Frais de séjour en secteur privé. Séjours avec actes lourds, en secteur privé : opération chirurgicale de la cataracte.							
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	838,98	838,98	838,98	838,98	838,98	838,98	838,98
	Remboursement AMO (Régime général)	814,98	814,98	814,98	814,98	814,98	814,98	814,98
	Remboursement MGC	24,00	24,00	24,00	24,00	24,00	24,00	24,00
	Reste à charge (RAC)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<i>Précisions : Le remboursement MGC comprend la participation forfaitaire de 24 € sur les actes lourds laissée à votre charge par l'AMO</i>								
13	Honoraires chirurgien (médecin adhérent OPTAM ou OPTAM-co). Séjours avec actes lourds, en secteur privé : opération chirurgicale de la cataracte.							
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	443,00	443,00	443,00	443,00	443,00	443,00	443,00
	Remboursement AMO (Régime général)	271,70	271,70	271,70	271,70	271,70	271,70	271,70
	Remboursement MGC	171,30	171,30	171,30	171,30	171,30	171,30	171,30
	Reste à charge (RAC)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<i>Précisions : Le remboursement MGC comprend la participation forfaitaire de 24 € sur les actes lourds laissée à votre charge par l'AMO</i>								
14	Honoraires chirurgien en secteur 2 (médecin non adhérent OPTAM ou OPTAM-co). Séjours avec actes lourds, en secteur privé : opération chirurgicale de la cataracte.							
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	486,00	486,00	486,00	486,00	486,00	486,00	486,00
	Remboursement AMO (Régime général)	271,70	271,70	271,70	271,70	271,70	271,70	271,70
	Remboursement MGC	203,78	214,30	214,30	214,30	214,30	214,30	214,30
	Reste à charge (RAC)	10,53	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<i>Précisions : Le remboursement MGC comprend la participation forfaitaire de 24 € sur les actes lourds laissée à votre charge par l'AMO</i>								
Séjours sans acte lourd, en secteur public (les honoraires des médecins sont inclus dans les frais de séjour) : suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans								
15	Frais de séjour en secteur public. Séjours sans acte lourd, en secteur public (les honoraires des médecins sont inclus dans les frais de séjour) : suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans.							
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	3754,00	3754,00	3754,00	3754,00	3754,00	3754,00	3754,00
	Remboursement AMO (Régime général)	3003,20	3003,20	3003,20	3003,20	3003,20	3003,20	3003,20
	Remboursement MGC	750,80	750,80	750,80	750,80	750,80	750,80	750,80
	Reste à charge (RAC)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

OPTIQUE

16 Équipement optique de classe A (équipement 100% santé) : monture et verres simples.

Dépense (Prix limite de vente)	115,00	115,00	115,00	115,00	115,00	115,00	115,00
Remboursement AMO (Régime général)	20,70	20,70	20,70	20,70	20,70	20,70	20,70
Remboursement MGC	94,30	94,30	94,30	94,30	94,30	94,30	94,30
Reste à charge (RAC)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

17 Équipement optique de classe B (équipement hors 100% santé) : monture et verres simples.

Dépense (Prix moyen national de l'acte)	372,00	372,00	372,00	372,00	372,00	372,00	372,00
Remboursement AMO (Régime général)	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09
Remboursement MGC	239,91	279,91	299,91	319,91	319,91	319,91	319,91
Reste à charge (RAC)	132,00	92,00	72,00	52,00	52,00	52,00	52,00

18 Équipement optique de classe A (équipement 100% santé) : monture et verres progressifs.

Dépense (Prix limite de vente)	210,00	210,00	210,00	210,00	210,00	210,00	210,00
Remboursement AMO (Régime général)	37,80	37,80	37,80	37,80	37,80	37,80	37,80
Remboursement MGC	172,20	172,20	172,20	172,20	172,20	172,20	172,20
Reste à charge (RAC)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

19 Équipement optique de classe B (équipement hors 100% santé) : monture et verres progressifs.

Dépense (Prix moyen national de l'acte)	640,00	640,00	640,00	640,00	640,00	640,00	640,00
Remboursement AMO (Régime général)	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09
Remboursement MGC	379,91	419,91	459,91	559,91	585,91	585,91	585,91
Reste à charge (RAC)	260,00	220,00	180,00	80,00	54,00	54,00	54,00

20 Lentilles non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Dépense (Prix moyen national de l'acte)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Remboursement AMO (Régime général)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Remboursement MGC	85,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Reste à charge (RAC)	15,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

21 Chirurgie réfractive : opération corrective de la myopie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire.

Dépense (Prix moyen national de l'acte)	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00
Remboursement AMO (Régime général)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Remboursement MGC	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00
Reste à charge (RAC)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DENTAIRE

22 2 soins (hors soins et prothèses 100% santé) : détartrage...

Dépense (Tarif conventionnel)	43,38	43,38	43,38	43,38	43,38	43,38	43,38
Remboursement AMO (Régime général)	26,03	26,03	26,03	26,03	26,03	26,03	26,03
Remboursement MGC	17,35	17,35	17,35	17,35	17,35	17,35	17,35
Reste à charge (RAC)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

23 Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé).

Dépense (Honoraires limite de facturation)	515,00	515,00	515,00	515,00	515,00	515,00	515,00
Remboursement AMO (Régime général)	72,00	72,00	72,00	72,00	72,00	72,00	72,00
Remboursement MGC	443,00	443,00	443,00	443,00	443,00	443,00	443,00
Reste à charge (RAC)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

24 Couronne céramo-métallique sur molaires (hors soins et prothèses 100% santé).

Dépense (Prix moyen national de l'acte)	561,99	561,99	561,99	561,99	561,99	561,99	561,99
Remboursement AMO (Régime général)	72,00	72,00	72,00	72,00	72,00	72,00	72,00
Remboursement MGC	138,00	168,00	348,00	489,99	489,99	489,99	489,99
Reste à charge (RAC)	351,99	321,99	141,99	0,00	0,00	0,00	0,00

Précisions : Les prothèses dentaires sont soumises à un plafond de remboursement mentionné dans le tableau des garanties

25 Orthodontie (moins de 16 ans) : traitement par semestre (6 max).

Dépense (Prix moyen national de l'acte)	714,10	714,10	714,10	714,10	714,10	714,10	714,10
Remboursement AMO (Régime général)	193,50	193,50	193,50	193,50	193,50	193,50	193,50
Remboursement MGC	290,25	387,00	483,75	520,60	520,60	520,60	520,60
Reste à charge (RAC)	230,35	133,60	36,85	0,00	0,00	0,00	0,00

ÉCO	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
-----	----------	----------	----------	----------	----------	----------

26 Implant dentaire non pris en charge par l'AMO à 1100 € et couronne sur implant prise en charge par l'AMO à 540 € (prothèse céramométallique sur dent visible) par un implantologue du réseau santéclair appliquant des tarifs négociés aux adhérents des mutuelles affiliées à Santéclair.

Dépense (Prix négocié dans le réseau Santéclair)	1640,00	1640,00	1640,00	1640,00	1640,00	1640,00	1640,00
Remboursement AMO (Régime général)	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50
Remboursement MGC	704,25	758,00	919,25	946,13	1073,00	1275,50	1275,50
Reste à charge (RAC)	871,25	817,50	656,25	629,38	502,50	300,00	300,00

AIDES AUDITIVES

27 Aide auditive de classe I par oreille pour une personne de + de 20 ans (équipement 100% santé).

Dépense (Prix limite de vente)	950,00	950,00	950,00	950,00	950,00	950,00	950,00
Remboursement AMO (Régime général)	240,00	240,00	240,00	240,00	240,00	240,00	240,00
Remboursement MGC	710,00	710,00	710,00	710,00	710,00	710,00	710,00
Reste à charge (RAC)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

28 Aide auditive de classe II par oreille.

Dépense (Prix moyen national de l'acte)	1515,00	1515,00	1515,00	1515,00	1515,00	1515,00	1515,00
Remboursement AMO (Régime général)	240,00	240,00	240,00	240,00	240,00	240,00	240,00
Remboursement MGC	210,00	360,00	760,00	960,00	1160,00	1160,00	1160,00
Reste à charge (RAC)	1065,00	915,00	515,00	315,00	115,00	115,00	115,00

PRÉVENTION ET MÉDECINES ALTERNATIVES

29 4 séances d'ostéopathie (50 € par séance non prise en charge par l'amo), par un ostéopathe du réseau santéclair appliquant des prix négociés aux adhérents des mutuelles affiliées à santéclair.

Dépense	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00
Remboursement AMO (Régime général)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Remboursement MGC	60,00	90,00	120,00	160,00	200,00	200,00	200,00
Reste à charge (RAC)	140,00	110,00	80,00	40,00	0,00	0,00	0,00

30 Plusieurs achats en automédication de paracétamol, antalgiques, etc. présents sur la liste des médicaments pris en charge par la MGC, générant une dépense totale de 55€ sur l'année, non prise en charge par l'AMO.

Dépense	55,00	55,00	55,00	55,00	55,00	55,00	55,00
Remboursement AMO (Régime général)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Remboursement MGC	0,00	0,00	0,00	55,00	55,00	55,00	55,00
Reste à charge	55,00	55,00	55,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Mes remboursements en clair

100 % qu'est-ce que ça veut dire ?

Il s'agit de 100 % du tarif défini par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) pour chaque type de soins, médicaments ou équipements.

Ce tarif, souvent dénommé Base de Remboursement (BR), est utilisé par l'AMO et par la mutuelle MGC pour calculer vos remboursements.

Le sigle « 100 % » du tableau des garanties MGC signifie que votre remboursement total (la part AMO et la part MGC) correspond à 100 % du tarif défini par l'AMO (BR).



100 % ne signifie pas que votre dépense sera intégralement remboursée

De nombreux soins et équipements (consultations, lunettes...) sont facturés librement par les praticiens. Les prix peuvent dépasser le tarif défini par l'AMO. On parle alors de dépassement d'honoraires. Ce dernier n'est pas pris en charge par l'AMO mais il peut l'être par la mutuelle MGC si votre garantie le prévoit.

Quelle prise en charge de vos dépassements ?

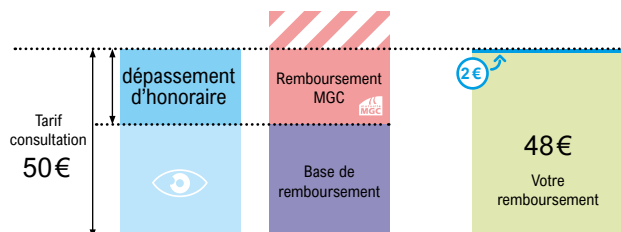
Vous consultez un ophtalmologue.

■ Son tarif de consultation est de 50€.

■ La Base de Remboursement de l'AMO (BR) est fixée à 31,50€.

■ La différence de 18,50€ entre le prix de la consultation et la base de remboursement est appelée le « dépassement d'honoraires ».

• Prenons pour calculer la prise en charge, une garantie MGC prévoyant un remboursement allant jusqu'à 200 % de la BR (prise en charge AMO + MGC).



- Le montant total de votre remboursement sera de $200\% \times 31,50\text{€} = 63\text{€}$.
- Cependant, le remboursement ne pouvant pas excéder la dépense engagée (50€ dans cet exemple), il est dans ce cas ramené à 48€
- (participation forfaitaire de 2€ laissée à votre charge si vous êtes concernés).

Bon à savoir : Dans le cas où l'ophtalmologue n'a pas adhéré à l'OPTAM (voir ci-dessous), le remboursement est minoré d'au moins 20 % de la BR. Pour la garantie MGC qui nous sert d'exemple, il sera de 180 % au lieu de 200 %.



Les garanties respectent les obligations du contrat complémentaire santé « responsable » prévues par les pouvoirs publics. À ce titre :

> la mutuelle MGC **ne peut pas rembourser** :

- les franchises médicales,
- la participation forfaitaire de 2€ sur les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale,
- les pénalités appliquées par l'AMO en cas de non respect du parcours de soins coordonnés,
- les montants au-delà des prix limites de vente ou honoraires limites de facturation pour les soins et actes relevant du panier «100 % santé ».

> la mutuelle MGC **doit minorer d'au moins 20 % de la Base de Remboursement (BR)** :

- la prise en charge des dépassements facturés par les médecins non-adhérents à l'OPTAM, Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (convention signée entre les médecins et l'AMO visant à limiter les dépassements d'honoraires).

Pourquoi choisir la mutuelle MGC ?

La mutuelle MGC va au-delà des simples remboursements et vous donne accès à des services inclus pour vous faire gagner du temps, de l'argent et de la sérénité :



Se soigner plus facilement

- > **Téléconsultation médicale** : Consultez un médecin 24h/24 et 7j/7, où que vous soyez, sans avance de frais.
- > **Deuxième avis médical** : Bénéficiez de l'avis d'un médecin expert pour vous aider à prendre les bonnes décisions face à un diagnostic ou un traitement important.
- > **Réseau de soins Santéclair** : Accédez à un réseau de professionnels de santé sélectionnés (optique, dentaire, audiologie, médecins, paramédicaux et médecines douces) pour bénéficier de tarifs négociés et limiter votre reste à charge.



Être accompagné au quotidien

- > **Analyse de devis** : analyse de devis de santé pour être conseillé avant de s'engager et optimiser ses dépenses.
- > **MGC-Assistance 24h/24 et 7j/7** : En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation, une assistance à domicile et des solutions adaptées à chaque situation, selon les conditions prévues au contrat¹.
- > **Aide et orientation santé** : Un accompagnement pour trouver rapidement le professionnel ou le service le plus adapté à son besoin.



Gérer sa mutuelle simplement

- > **Espace adhérent en ligne** : Consultation des remboursements, accès aux documents, démarches, FAQ et suivi de son contrat en ligne.
- > **Application mobile mutuelle MGC** : accès aux services essentiels depuis son téléphone portable : carte de tiers payant, remboursements, envoi de justificatifs et services en ligne.



Être bien informé et bien conseillé

- > **Des conseillers mutuelle MGC à l'écoute** : Un accompagnement personnalisé par téléphone, par e-mail ou en agence, avec des conseillers basés en France et experts en complémentaire santé.
- > **Des contenus et conseils santé** : Des contenus, conseils et services dédiés au bien-être pour aider vos salariés à devenir acteur de leur santé au quotidien ; programmes de prévention, conseils nutrition, activité physique, santé mentale, accompagnement des aidants...



Une mutuelle reconnue pour la qualité de son accompagnement

172 190 personnes protégées

91 % des adhérents prêts à recommander la MGC²

Une mutuelle reconnue pour sa **qualité certifiée** ISO 9001 depuis 2015 (relation adhérent)

Plus de **140 ans d'expérience** dans la protection santé

Une mutuelle indépendante et à but non lucratif

¹ Conditions décrites dans la notice d'information Assistance

² Enquête réalisée par l'institut INIT en novembre 2025

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit assuré par : Mutuelle Générale des Cheminots (MGC), Mutuelle régie par le code de la mutualité et soumise aux dispositions de son Livre II, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 775 678 550.

Produit :

MGC Santé Entreprise – Offre SYNTEC – Garanties responsables



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties annexé.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables, du panier de soins et du régime Frais de Santé des entreprises de la branche Syntec.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

Les garanties systématiquement prévues

- ✓ **Soins courants** : consultations, visites de médecins, examens médicaux, honoraires paramédicaux, médicaments, transports sanitaires, matériel médical, participation forfaitaire sur les actes lourds
- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement, forfait patient urgences, participation forfaitaire sur les actes lourds
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et/ou verres), lentilles de contact, chirurgie réfractive
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, prothèses dentaires remboursées ou non (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie remboursée, implantologie
- ✓ **Aides auditives** : aides auditives, frais d'entretien
- ✓ **Prévention et médecines douces** : praticiens non remboursés par l'AMO (diététicien, ostéopathe, chiropracteur...), actes de prévention pris en charge par l'AMO, ostéodensitométrie

Les garanties optionnelles

En fonction du niveau de garantie, les postes suivants peuvent être assurés :

Dentaire : orthodontie et parodontologie non remboursées par l'AMO

Prévention et médecines douces : automédication en pharmacie, contraception, vaccination, sevrage tabagique, produits de diététique

Allocation : allocation naissance/adoption

Les services systématiquement prévus

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
- ✓ Service d'analyse de devis et conseil
- ✓ Services digitaux MySantéclair : téléconsultation médicale, coaching en nutrition, deuxième avis médical...
- ✓ Action sociale
- ✓ Club avantages

L'assistance systématiquement prévue

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation
- ✓ Garde des enfants, de l'aidé
- ✓ Soutien scolaire
- ✓ Venue ou transfert d'un proche
- ✓ Conseil social
- ✓ Services de proximité
- ✓ Aide à la recherche de prestataires
- ✓ Taxi vers le lieu de travail en cas d'immobilisation

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les frais non expressément prévus au descriptif des garanties
- ✗ Les soins non remboursés par l'AMO (sauf mention contraire)
- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de l'AMO en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par l'AMO
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

Principales exclusions

- ! La participation forfaitaire de 2€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Les montants au-delà des prix limites de vente ou honoraires limites de facturation pour les soins et actes relevant du panier 100% santé.
- ! La minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale pour refus de transport partagé.

Principales restrictions

- ! **Dentaire** : prise en charge limitée à 3 ou 4 prothèses dentaires par an, au-delà le remboursement sera limité à 125% de la BR
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour les moins de 16 ans, et à 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à leur visage.
- ! **Aides auditives** : participation limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans à compter de la date de la dernière facturation et pour les appareils relevant du panier libre dans la limite de 1700 euros par appareil (dont ticket modérateur et participation AMO)
- ! **Prévention et médecines douces** : pour les praticiens non remboursés par l'AMO, prise en charge limitée entre 30 € et 60 € par séance et entre 2 et 5 séances par an et par bénéficiaire (si prévues à la garantie)



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Les soins engagés à l'étranger sont remboursés dans la limite du ticket modérateur à conditions qu'ils soient pris en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie français, sauf mention contraire prévue au tableau des garanties.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

À la souscription du contrat :

- Renseigner avec précision et exactitude les informations demandées par la Mutuelle sur la catégorie de personnel couverte pour une mise en œuvre précise du régime ;
- Fournir la liste des salariés (et le cas échéant leurs ayants droit) appartenant à la catégorie professionnelle assurée, mentionnant, le cas échéant, les salariés qui ont renoncé au bénéfice du régime ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle.

En cours de contrat :

- Transmettre pour chaque salarié appartenant à la catégorie professionnelle définie au certificat de Souscription, le Bulletin d'affiliation dûment complété et cosigné par le salarié et le souscripteur, accompagné de toutes les pièces justificatives dans les 30 jours suivant la date d'effet du contrat ou la date de l'entrée en fonction du Salarié ;
- Transmettre à chaque Salarié les statuts et les notices d'information complémentaire santé et assistance remis par la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, les notices d'information remises en cas de modification des droits et obligations du salarié ;
- Informer la Mutuelle de tout changement dans les effectifs en restituant, le cas échéant, les cartes de tiers payant des salariés radiés des effectifs et informer la Mutuelle de toute modification de la situation d'un salarié en adressant les justificatifs adéquats ;
- Informer la Mutuelle de toute radiation d'un ayant-droit d'un salarié en précisant le motif de la radiation ;
- Valider mensuellement l'effectif des salariés figurant sur les bordereaux d'appel de cotisation, communiquer mensuellement sa Déclaration Sociale Nominative, régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payées mensuellement, à terme échu, par le souscripteur, dans les dix jours suivants l'échéance selon les modalités prévues au contrat.

Les paiements se font par prélèvements automatiques mensuels ou par tout autre mode de paiement dans les conditions prévues au certificat de souscription.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date convenue entre les parties et indiquée sur le certificat de souscription dans les conditions prévues au contrat.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an, il produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année de sa souscription et se renouvelle chaque année par tacite reconduction sauf dénonciation du contrat dans les conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Je peux mettre fin au contrat en notifiant la résiliation à la Mutuelle par lettre, tout support durable, déclaration au siège ou chez le représentant de la Mutuelle, acte extra-judiciaire ou tout moyen de communication à distance susceptible d'être utilisé pour la souscription d'un contrat :

- Chaque année, au moins 2 mois avant la date d'échéance du contrat, soit le 31 octobre au plus tard, pour une prise d'effet de la résiliation au 31 décembre, à minuit.
- À tout moment à l'issue de la première année de souscription, pour une prise d'effet de la résiliation un mois après la réception par la Mutuelle de la notification de la résiliation.
- En cas de désaccord avec les modifications apportées au contrat par la Mutuelle, dans les conditions prévues au contrat, pour une prise d'effet de la résiliation le 31 décembre, à minuit.

ASSURANCE SURCOMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit assuré par : Mutuelle Générale des Cheminots (MGC), Mutuelle régie par le code de la mutualité et soumise aux dispositions de son Livre II, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 775 678 550.

Produit:

MGC Santé Entreprise – Offre SYNTEC – Garantie non responsable « Renfort Hospitalisation »



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties annexé.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Surcomplémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des honoraires, dans le cadre d'une hospitalisation, des praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et des garanties Complémentaires Santé responsables « Offre SYNTEC ». Le produit respecte les conditions légales du régime Frais de Santé des entreprises de la branche Syntec.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

Les garanties systématiquement prévues

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires des praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Les services systématiquement prévus

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
- ✓ Service d'analyse de devis et conseil
- ✓ Services digitaux MySantéclair : téléconsultation médicale, coaching en nutrition, deuxième avis médical...
- ✓ Action sociale
- ✓ Club avantages

L'assistance systématiquement prévue

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation
- ✓ Garde des enfants, de l'aidé
- ✓ Soutien scolaire
- ✓ Venue ou transfert d'un proche
- ✓ Conseil social
- ✓ Services de proximité
- ✓ Aide à la recherche de prestataires
- ✓ Taxi vers le lieu de travail en cas d'immobilisation

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les frais non expressément prévus au descriptif des garanties
- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de l'AMO en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par l'AMO
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

Principales exclusions

- ! les soins résultant d'une cause non liée directement à une maladie ou un accident et non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, tels que les cures de rajeunissements, les traitements esthétiques, la transformation sexuelle, les cures d'amaigrissement ou de désintoxication ainsi que leurs suites



Où suis-je couvert ?

✓ En France.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

À la souscription du contrat :

- Renseigner avec précision et exactitude les informations demandées par la Mutuelle sur la catégorie de personnel couverte pour une mise en œuvre précise du régime ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle.

En cours de contrat :

- Transmettre pour chaque salarié appartenant à la catégorie professionnelle définie au certificat de Souscription souhaitant adhérer à la garantie, le Bulletin d'adhésion dûment complété signé, accompagné de toutes les pièces justificatives dans les 30 jours suivant la date d'effet du contrat ou la date de l'entrée en fonction du Salarié ;
- Transmettre à chaque Salarié les statuts et les notices d'information complémentaire santé et assistance remis par la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, les notices d'information remises en cas de modification des droits et obligations du salarié ;
- Informer la Mutuelle de tout changement dans les effectifs en restituant, le cas échéant, les cartes de tiers payant des salariés radiés des effectifs et informer la Mutuelle de toute modification de la situation d'un salarié en adressant les justificatifs adéquats ;
- Informer la Mutuelle de toute radiation d'un ayant-droit d'un salarié en précisant le motif de la radiation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payées annuellement, par avance, par le Membre Participant selon les modalités prévues au bulletin d'adhésion.

Les paiements se font par prélèvements automatiques annuels ou par tout autre mode de paiement dans les conditions prévues au Bulletin d'adhésion.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date convenue entre les parties et indiquée sur le certificat de souscription dans les conditions prévues au contrat à la même date que le contrat socle frais de santé.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an, il produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année de sa souscription et se renouvelle chaque année par tacite reconduction sauf dénonciation du contrat dans les conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Je peux mettre fin au contrat en notifiant la résiliation à la Mutuelle par lettre, tout support durable, déclaration au siège ou chez le représentant de la Mutuelle, acte extra-judiciaire ou tout moyen de communication à distance susceptible d'être utilisé pour la souscription d'un contrat :

- Chaque année, au moins 2 mois avant la date d'échéance du contrat, soit le 31 octobre au plus tard, pour une prise d'effet de la résiliation au 31 décembre, à minuit.
- À tout moment à l'issue de la première année de souscription, pour une prise d'effet de la résiliation un mois après la réception par la Mutuelle de la notification de la résiliation.
- En cas de désaccord avec les modifications apportées au contrat par la Mutuelle, dans les conditions prévues au contrat, pour une prise d'effet de la résiliation le 31 décembre, à minuit.

STATUTS

**(validés par l'assemblée générale
du 12 juin 2026)
En vigueur au 1^{er} juillet 2026**

TITRE I - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE	23
CHAPITRE I - FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE	23
CHAPITRE II - CONDITIONS D'ADHÉSION – ORGANISATION TERRITORIALE– CONDITIONS DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION	24
SECTION 1 – ADHÉSION.....	24
SECTION 2 – ORGANISATION TERRITORIALE	24
SECTION 3 – DÉMISSION - RADIATION - EXCLUSION	24
TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE	25
CHAPITRE I - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	25
SECTION 1 – COMPOSITION, ÉLECTION	25
SECTION 2 – RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	26
CHAPITRE II - CONSEIL D'ADMINISTRATION	27
SECTION 1 – COMPOSITION – ÉLECTION	27
SECTION 2 – STATUT ET RÔLE DES ADMINISTRATEURS	28
SECTION 3 – RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	29
SECTION 4 – ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	29
CHAPITRE III - DIRECTION EFFECTIVE - PRÉSIDENT - BUREAU - DIRECTEUR GÉNÉRAL	30
SECTION 1 – DIRECTION EFFECTIVE.....	30
SECTION 2 – PRÉSIDENT	30
SECTION 3 – BUREAU	30
SECTION 4 – DIRECTEUR GÉNÉRAL	31
SECTION 5 – MANDATAIRE MUTUALISTE	31
CHAPITRE IV - ORGANISATION FINANCIÈRE	31
SECTION 1 – EXERCICE SOCIAL.....	31
SECTION 2 – PRODUITS ET CHARGES.....	31
SECTION 3 – COMITÉ D'AUDIT, RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE.....	31
SECTION 4 – COMMISSAIRES AUX COMPTES.....	32
TITRE III - INFORMATION DES ADHÉRENTS – RÉCLAMATIONS – MÉDIATION	32
TITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES	32

TITRE I - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I - FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

ARTICLE 1 – DÉNOMINATION DE LA MUTUELLE

1-1 – Il est constitué une mutuelle dénommée **MUTUELLE GÉNÉRALE DES CHEMINOTS**, ci-après dénommée « la Mutuelle » ou « la MGC », personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par les Livres I et II du Code de la Mutualité et inscrite au Répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 550.

ARTICLE 2 – SIÈGE DE LA MUTUELLE

2-1 – Le siège social de la Mutuelle est situé à PARIS aux 2 et 4 de la place de l'Abbé Georges Hénocque dans le 13^e arrondissement (75637 Paris cedex 13).

Il peut être transféré en tout autre endroit sur décision du Conseil d'administration sous réserve de ratification de cette décision par la prochaine Assemblée générale adoptée avec un quorum et une majorité renforcés.

ARTICLE 3 – OBJET DE LA MUTUELLE

3-1 – La Mutuelle a pour objet de mener, dans l'intérêt de ses membres et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide afin de contribuer à leur développement culturel, moral, intellectuel et physique et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

3-2 – La Mutuelle a pour objet de fournir à ses membres participants des prestations d'assurance afférentes aux branches d'activité ci-après définies conformément aux dispositions des articles L.111-1 et R.211-2 du Code de la mutualité :

Branche 1 – Accidents : couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents (y compris les accidents du travail et les maladies professionnelles) ;

- Sous-branche a : prestations forfaitaires ;
- Sous-branche b : prestations indemnitaires ;
- Sous-branche c : combinaisons ;

Branche 2 – Maladie : couvrir les risques de dommages corporels liés à la maladie ;

- Sous-branche a : prestations forfaitaires ;
- Sous-branche b : prestations indemnitaires ;
- Sous-branche c : combinaisons ;

Branche 20 – Vie-Décès : contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de vie humaine.

Branche 21 – Nuptialité-natalité : verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants

3-3 – La Mutuelle peut participer à la gestion de la protection complémentaire en matière de santé dite Complémentaire Santé Solidaire (CSS) en application des dispositions des articles L.861-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

3-4 – La Mutuelle peut couvrir les risques et accepter les engagements mentionnés au 3-2 ci-dessus en assurance directe ou en co-assurance. Elle peut intervenir en réassurance et recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance. Elle peut proposer tant des contrats individuels que collectifs et souscrire elle-même, au bénéfice de ses membres, des contrats collectifs. Elle peut pratiquer des activités d'intermédiation.

Elle peut également souscrire, en application des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la mutualité, des contrats collectifs en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires. Elle peut pratiquer des activités d'intermédiation.

3-5 – La Mutuelle peut déléguer à un tiers, de manière totale ou partielle, la gestion d'un contrat collectif selon les principes définis par l'Assemblée Générale. Le délégataire rendra compte chaque année de sa gestion

au Conseil d'Administration de la Mutuelle. Elle peut également agir en tant que délégataire de gestion.

3-6 – La Mutuelle peut, à la demande d'autres mutuelles, se substituer intégralement à ces organismes dans les conditions prévues au Livre II du Code de la mutualité pour la délivrance de ces engagements.

3-7 – La Mutuelle se propose également de faire bénéficier ses membres participants des avantages qu'apportent l'affiliation de la Mutuelle à des organismes mutualistes tels que des fédérations ou des unions de mutuelles ou de groupes mutualistes ou encore la création de mutuelles dédiées, leur permettant l'accès à des réalisations sanitaires et sociales mutualistes et, plus généralement, intervenir dans toute autre opération tendant à la réalisation de son objet.

3-8 – La Mutuelle peut créer une Union de Groupe Mutualiste (UGM), une Union Mutualiste de Groupe (UMG) ou y adhérer, conformément respectivement aux articles L.111-4-1 et L.111-4-2 du Code de la mutualité.

ARTICLE 4 – MONTANT DU FONDS D'ÉTABLISSEMENT - COTISATIONS

4-1 – Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 382 000 euros.

4-2 – Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée générale, sur proposition du Conseil d'administration.

4-3 – Le cas échéant, les droits d'adhésion à la Mutuelle sont affectés au fonds d'établissement.

4-4 – Il peut être prélevé, sur la cotisation globale versée à la Mutuelle par chacun de ses membres, un montant mensuel fixé à 0,17 euros au Centre Dentaire Mutualiste Paris 13 (CDM Paris 13) de la Mutuelle, situé 14-16 rue des Peupliers 75013 Paris, conformément aux dispositions de l'article L.111-3 du Code de la mutualité.

ARTICLE 5 – RÈGLEMENT INTÉRIEUR

5-1 – Un règlement intérieur, établi par le Conseil d'administration et approuvé par l'Assemblée générale, détermine les conditions d'application des présents statuts.

5-2 – Le Conseil d'administration peut apporter à ce règlement des modifications qui s'appliquent immédiatement ; celles-ci sont présentées pour ratification à l'Assemblée générale la plus proche. En cas de refus de l'Assemblée générale, les décisions prises entre la date du Conseil d'administration et la date de l'Assemblée générale restent valables.

ARTICLE 6 – RELATIONS ENTRE LA MUTUELLE ET SES MEMBRES

6-1 – En application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité, un ou des règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par l'Assemblée générale sur proposition du Conseil d'administration définit(ssent) le contenu et la durée des engagements existants entre chaque membre participant et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations pour les garanties individuelles auxquelles il souscrit pour lui-même ou ses ayants-droit.

6-2 – Dans le cadre des opérations collectives, les droits et obligations sont matérialisés dans un contrat collectif (conditions générales et, le cas échéant conditions particulières) souscrit auprès de la Mutuelle par une personne morale pour le compte de ses salariés ou de ses membres. Ce contrat collectif et la notice d'information y afférentes déterminent les droits et obligations de la Mutuelle, du souscripteur et des membres participants affiliés ou adhérents, les garanties et les conditions de leur mise en œuvre, les cotisations et les prestations prévues par le contrat.

ARTICLE 7 – RESPECT DE L'OBJET DES MUTUELLES

7-1 – Les organes de la Mutuelle s'interdisent toute délibération étrangère à l'objet défini par l'article L.111-1 du Code de la mutualité.

ARTICLE 8 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

8-1 – Dispositions générales

La Mutuelle met en œuvre des traitements automatisés d'informations pour l'ensemble de ses activités et s'engage à respecter les dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel.

8-2 – Dispositions spécifiques

Les données à caractère personnel collectées auprès des membres participants, leurs ayant droits et les membres honoraires font l'objet de traitements nécessaires à l'exécution des présents statuts en vue de gérer la vie institutionnelle de la Mutuelle et de réaliser les opérations nécessaires à sa gouvernance.

Dans ce cadre et sans que cette liste soit exhaustive, les finalités des traitements auxquelles sont destinées les données à caractère personnel sont les suivantes :

- convocations aux Assemblées générales et aux Conseils d'administration ;
- élections des délégués et celles des administrateurs ;
- gestion des délégués désignés ;
- désignation des bénévoles dans chaque comité local en vue d'animer des actions locales de promotion, de développement ou de prévention ;
- réalisation, par les bénévoles MGC présidents de comités locaux, départementaux et régionaux, de leurs missions tendant notamment à renseigner les adhérents sur la situation de leur contrat ;
- demande d'aide financière exceptionnelle dans le cadre de la commission Solidarité ;
- transmission de demande de dérogations et de réclamations ;
- récompense aux adhérents centenaires ;
- remise de médailles ;
- toutes actions conformes à l'objet social de la Mutuelle ;
- etc.

Ces traitements se fondent sur l'une des bases juridiques suivantes :

- la mise en œuvre des statuts de la Mutuelle auxquels vous adhérez en qualité de membre participant ou membre honoraire ;
- intérêts légitimes poursuivis par la Mutuelle.

Ces données sont destinées à la Mutuelle et sont conservées pour la durée nécessaire à la réalisation des finalités pour lesquelles elles ont été collectées à savoir pendant les délais légaux de prescription susceptibles de s'appliquer.

Elles peuvent être transmises le cas échéant à des sous-traitants, ainsi qu'aux présidents de ses comités locaux, en vue de réaliser toute opération répondant aux finalités susmentionnées.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016, les membres participants, l'ayant droit et les membres honoraires disposent, dans les conditions et limites prévues par la réglementation des droits suivants :

- droits d'accès, de rectification et d'effacement de leurs données ;
- droit à la limitation du traitement de leurs données ;
- droit d'opposition au traitement de leurs données sous réserve qu'il n'existe pas pour la Mutuelle de motifs légitimes et impérieux ;
- droit à la portabilité ;
- définir le sort de ces données en cas de décès.

Pour exercer l'un des droits susvisés, le membre participant, l'ayant droit ou le membre honoraire

adresse une lettre simple à la MGC à l'attention de Direction juridique et Conformité, 2 - 4 Place de l'Abbé Georges Hénocque 75637 PARIS Cedex 13 ou par mail à l'adresse suivante : service.juridique@m-g-c.com. En cas de doute raisonnable sur l'identité du demandeur, un justificatif d'identité pourra le cas échéant être demandé par la MGC.

Le membre participant, l'ayant droit ou le membre honoraire peut également contacter le Délégué à la Protection des données personnelles de la Mutuelle aux coordonnées suivantes : service.dpo@m-g-c.com.

Dans le cadre de la protection des données à caractère personnel et du respect de la vie privée, une réclamation auprès de la CNIL peut être introduite, 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

CHAPITRE II - CONDITIONS D'ADHÉSION – ORGANISATION TERRITORIALE- CONDITIONS DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

SECTION 1 – ADHÉSION

ARTICLE 9 – CATÉGORIES DE MEMBRES

9-1 – La Mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires.

9-2 – Les membres participants sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la Mutuelle, soit du fait de leur adhésion à titre individuel au(x) règlement(s) mutualiste(s) pour telle ou telles garanties, soit du fait de leur adhésion à un contrat collectif souscrit par une personne morale auprès de la Mutuelle, soit du fait de leur adhésion à la mutuelle dans le cadre de la participation de celle-ci à la protection complémentaire en matière de santé dite Complémentaire Santé Solidaire.

9-3 – Les membres honoraires sont les personnes morales qui souscrivent auprès de la Mutuelle un ou des contrat(s) collectif(s) au sens de l'article L.221-2-III du Code de la mutualité. La Mutuelle peut aussi admettre des membres honoraires personnes physiques qui versent des cotisations, des contributions, lui font des dons ou lui ont rendu des services équivalents sans bénéficier de ses prestations.

ARTICLE 10 – MEMBRES PARTICIPANTS ET AYANTS DROIT

10-1 – Peuvent adhérer à la Mutuelle à titre individuel les personnes physiques qui remplissent les conditions suivantes :

Les membres participants :

GROUPE 1 : Définition du membre participant

Toute personne partageant l'esprit mutualiste et de solidarité sociale de la MGC et ayant fait acte d'adhésion.

Les ayants droit bénéficiaires :

GROUPE 2 : Définition de l'ayant droit bénéficiaire

Le conjoint ou assimilé (concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité) du membre participant cotisant à la Mutuelle.

10-2 – Peuvent adhérer à la Mutuelle à titre collectif les personnes physiques salariées d'un employeur ou membres d'une personne morale qui a souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle et qui remplissent les conditions fixées audit contrat collectif.

ARTICLE 11 – ADHÉSION INDIVIDUELLE

11-1 – La MGC admet des membres participants personnes physiques relevant des catégories définies à l'article 10 des présents statuts. Ces membres et la Mutuelle souscrivent un contrat dit mutualiste qui retrace leurs engagements réciproques et qui est constitué du bulletin d'adhésion et du règlement mutualiste.

11-2 – Acquièrent dans ce cadre la qualité de membres participants de la Mutuelle, les personnes qui remplissent les conditions définies aux articles 9 et 10 des présents statuts et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion, conformément aux dispositions de l'article L.221-1 et L.221-2-II du Code de la mutualité.

11-3 – Avant la conclusion du contrat, la Mutuelle doit avoir remis au futur membre participant un bulletin d'adhésion, les statuts et règlements ou une fiche d'information sur le contrat qui décrit précisément leurs droits et obligations réciproques.

11-4 – La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

11-5 – Toute modification des statuts et des règlements mutualistes décidée par l'Assemblée générale de la Mutuelle sera portée à la connaissance des membres participants par la Mutuelle.

ARTICLE 12 – ADHÉSION DANS LE CADRE DE CONTRATS COLLECTIFS

12-1 – Acquièrent également la qualité de membres participants de la MGC les personnes physiques salariées d'un employeur ou membres d'une personne morale qui a souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle, conformément aux dispositions de l'article L.221-2-III du Code de la mutualité et qui adhèrent à la Mutuelle sur la base de ce contrat collectif.

SECTION 2 – ORGANISATION TERRITORIALE

ARTICLE 13 – CRÉATION

13-1 – Les membres participants de la Mutuelle peuvent être groupés en Comités locaux par délibération du Conseil d'administration.

13-2 – Les Comités locaux assurent un lien étroit entre les adhérents et la Mutuelle.

13-3 – Les Comités locaux sont regroupés en secteurs géographiques définis par le Conseil d'administration de la Mutuelle.

ARTICLE 14 – ADMINISTRATION

14-1 – Chaque Comité local ainsi créé est administré par un organe de gestion.

14-2 – Les membres de l'organe de gestion sont désignés par l'Assemblée annuelle du Comité local concerné, conformément au règlement intérieur de la Mutuelle.

14-3 – Il est institué une fonction de correspondant de Comité.

Par son action, le correspondant représente le Comité local et s'assure de la diffusion de l'information et de la promotion de la Mutuelle sur la zone géographique dont il dépend.

ARTICLE 15 – MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

15-1 – Les modalités de fonctionnement des Comités locaux de la Mutuelle sont fixées par le règlement intérieur de la Mutuelle.

SECTION 3 – DÉMISSION - RADIATION - EXCLUSION

ARTICLE 16 – DÉMISSION

16-1 – Le membre participant pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale pour les opérations collectives à adhésion facultative, l'employeur ou la personne morale souscriptrice pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif :

- tous les ans, en notifiant à la Mutuelle sa démission deux mois avant la date d'échéance prévue au

règlement mutualiste ou au contrat collectif. La démission prend effet le 1er jour de l'année suivante ;

- après expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion ou de la souscription, en notifiant lui-même ou en faisant notifier par son nouvel assureur, sa décision à la Mutuelle. La démission prend effet un mois après la réception de cette notification.

En tout état de cause, la démission doit être notifiée à la Mutuelle. Cette notification peut se faire par :

- Une lettre ou tout autre support durable,
- Une déclaration au siège de la Mutuelle ou chez le représentant de la Mutuelle,
- Un acte extrajudiciaire,
- Le même mode de communication à distance que celui utilisé pour l'adhésion.

ARTICLE 17 – RADIATION

17-1 – Sont radiés les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L.221-7, L.221-8 du Code de la mutualité pour non-paiement des cotisations ou lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion définies dans le règlement mutualiste (opérations individuelles) ou dans le contrat collectif souscrit (opérations collectives).

ARTICLE 18 – EXCLUSION

18-1 – Peuvent être exclus les membres qui auront causé volontairement, aux intérêts de la Mutuelle, un préjudice dûment constaté et, notamment :

- les membres participants ou leurs ayants droit, exceptés ceux relevant d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, qui auront de mauvaise foi dûment établie commis des réticences ou des fausses déclarations intentionnelles entraînant la nullité des garanties accordées telle que prévue à l'article L.221-14 du Code de la mutualité quand ces réticences ou ces fausses déclarations changent l'objet du risque ou en diminuent l'opinion pour la Mutuelle quand bien même le risque omis ou dénaturé 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.
- les membres participants ou leurs ayants droit qui auront par fausse déclaration intentionnelle dûment constatée, obtenu ou tenté d'obtenir une prestation induue ou plus élevée que celle normalement due auprès de la Mutuelle ;
- les membres participants qui auront commis une faute à l'égard de la Mutuelle, ou de ses préposés, susceptible de constituer une infraction pénale passible de sanction (injure, menace, violence, propos diffamatoires ou discriminatoires, etc.).

18-2 – Après instruction, le dossier du membre ayant volontairement causé un préjudice aux intérêts de la Mutuelle est transmis au Conseil d'Administration, qui peut en propre ou par délégation prononcer l'exclusion du membre concerné sans autre formalité. La décision d'exclusion est notifiée à l'intéressé par lettre recommandée avec avis de réception et prend effet à compter de la date de la notification.

18-3 – Toute exclusion entraîne une impossibilité d'adhésion ou d'affiliation à la Mutuelle d'une durée de 5 ans à compter de la date de clôture du dossier de fraude sauf accord préalable du Conseil d'Administration.

ARTICLE 19 – CONSÉQUENCES DE LA DÉMISSION, DE LA RADIATION ET DE L'EXCLUSION

19-1 – La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf stipulations contraires prévues aux règlements ou aux contrats collectifs.

19-2 – Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la date d'effet de la décision de la radiation ou de l'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION 1 – COMPOSITION, ÉLECTION

ARTICLE 20 – COMPOSITION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

20-1 – L'Assemblée générale est composée de délégués élus et désignés qui représentent les membres participants et les membres honoraires de la Mutuelle.

20-2 – Chaque délégué titulaire dispose d'une seule voix à l'Assemblée générale.

20-3 – Concernant les délégués élus, les sections de vote sont organisées de la façon suivante :

- Les membres participants ayant adhéré à la Mutuelle à titre individuel, les membres participants et honoraires issus d'opérations collectives facultatives, ainsi que les membres participants et honoraires issus d'opérations collectives obligatoires comportant jusqu'à 1 000 membres, sont répartis au sein de sections de vote établies par secteurs géographiques. Les secteurs géographiques contigus ont la possibilité de se regrouper pour constituer une même section de vote. Ces regroupements sont soumis à l'approbation du Conseil d'Administration.

Les membres participants et les membres honoraires de chaque section de vote élisent pour les représenter à l'Assemblée générale un ou plusieurs délégués.

L'organisation des sections de vote ne peut aboutir à ce qu'un membre participant ou honoraire relève de plusieurs sections de vote.

20-4 – Les délégués représentant les membres participants et les membres honoraires issus d'opérations collectives obligatoires comportant plus de 1 000 membres sont désignés.

20-5 – En cas de variation des effectifs d'une opération collective entraînant le franchissement du seuil fixé pour l'application du régime de l'élection ou de la désignation, les délégués en fonction poursuivent leur mandat jusqu'à leur terme.

20-6 – Les membres couverts à la fois au titre d'une opération collective obligatoire comportant plus de 1 000 membres et au titre d'une opération individuelle sont rattachés à la section de vote correspondant à leur secteur géographique.

20-7 – Les membres couverts à la fois au titre d'une opération collective obligatoire comportant plus de 1 000 membres et au titre d'une opération collective facultative sont désignés.

20-8 – La perte de la qualité de membre participant ou de membre honoraire entraîne celle de délégué.

ARTICLE 21 – ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS

21-1 – Les membres participants et membres honoraires de chaque section de vote élisent les délégués titulaires et suppléants, parmi les candidats de leur section et selon les modalités définies dans le règlement intérieur.

Le nombre total des délégués est déterminé de la façon suivante : 1 délégué pour chaque tranche entamée de 1 à 1 000 membres participants et honoraires pour chaque section de vote.

En fonction du nombre de votes obtenus, les trois quarts supérieurs des délégués élus représenteront

les délégués titulaires, le quart restant sera dénommé délégués suppléants.

21-2 – Les délégués sont élus, selon le mode de scrutin uninominal majoritaire à un tour, pour une durée de quatre ans. Cette période arrive à échéance à l'issue du vote destiné au renouvellement des délégués ou à leur remplacement.

Toutefois, en cas de circonstances exceptionnelles rendant impossible ou manifestement difficile l'organisation des élections dans les délais prévus (telles qu'une crise sanitaire, une catastrophe naturelle ou tout autre événement de force majeure, ou encore des difficultés techniques majeures), le Conseil d'administration peut, par décision motivée, reporter la tenue des élections pour une durée maximale de douze mois.

Ce report devra être porté à la connaissance des membres par tout moyen approprié, accompagné des motifs justifiant la décision et de la nouvelle date prévisionnelle des élections.

Les mandats des délégués en exercice seront, dans ce cas, prorogés de plein droit jusqu'à la date de la nouvelle élection.

Sauf disposition contraire des statuts du Centre Dentaire Mutualiste Paris 13 (CDM Paris 13) de la Mutuelle, situé 14-16 rue des Peupliers 75013 Paris, chaque délégué élu pour représenter les membres participants et les membres honoraires de la Mutuelle exerce également la mission de délégué pour le CDM Paris 13 le temps de son mandat.

21-3 – Les modalités pratiques d'organisation et de mise en œuvre des élections des délégués sont fixées dans le règlement intérieur visé à l'article 5 des statuts.

Le Conseil d'administration arrête le nombre de délégués à élire en fonction d'un état chiffré des membres de la Mutuelle arrêté au 31 décembre de l'année précédant celle des élections des délégués. En cas d'insuffisance de candidat pour pourvoir l'intégralité des postes de délégués, le nombre de délégués sera limité au nombre de candidats.

21-4 – Tout membre participant ou membre honoraire justifiant d'au moins trois ans d'ancienneté continue au sein de la Mutuelle est éligible à la fonction de délégué à l'Assemblée générale, pour représenter la section de vote dont il dépend, sous réserve de remplir les conditions suivantes :

- être âgé de 18 ans révolus ;
- être à jour de ses cotisations au moment où il fait acte de candidature ;
- avoir fait acte de candidature ;
- avoir la qualité d'électeur dans la section de vote dont il dépend.

21-5 – Les membres participants et les membres honoraires de la Mutuelle sont informés de l'organisation des élections aux postes de délégués par le biais d'un appel à candidature, diffusé par tout moyen au choix de la Mutuelle et au plus tard 90 jours francs avant l'élection des délégués, notamment par le biais :

- du journal d'information périodique de la Mutuelle ;
- du site internet de la Mutuelle ;
- d'un courriel si le membre participant ou membre honoraire a fourni son adresse mail ou, à défaut par courrier postal.

Il précisera en outre la date des élections et la date avant laquelle les candidatures doivent être déposées.

21-6 – Les candidatures seront examinées et validées par le Conseil d'administration, ou par toute autre personne sur délégation du Conseil d'administration.

Pour être valables, les candidatures doivent, au choix :

- être adressées au siège social de la Mutuelle ou
par lettre recommandée avec avis de réception, le cachet de la poste faisant foi, ou

par tout moyen écrit sous réserve d'avoir reçu de la part de la Mutuelle une confirmation écrite de la bonne réception de la candidature,

- être déposées au siège social de la Mutuelle aux jours et heures ouvrés (dans les conditions définies à l'article 3 du Règlement Intérieur) contre récépissé de remise en main propre, jusqu'à 60 jours francs avant le jour du scrutin.

21-7 – En cas d'impossibilité pour le délégué d'assister à l'Assemblée générale, il dispose de la faculté de se faire représenter, de préférence, par un autre délégué de sa section de vote, en cours de mandat à la date de l'Assemblée générale auquel il donne procuration.

Cette procuration est nominative et incessible.

Le nombre de procurations réunies par un même délégué est limité à deux.

21-8 – En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué, un délégué suppléant de la section de vote est désigné conformément au Règlement intérieur pour achever le mandat. Il devient alors un délégué titulaire.

21-9 – Tout recours relatif aux résultats des élections des délégués doit être précédé d'une réclamation formulée devant le Conseil d'administration. Cette réclamation doit, à peine de forclusion, être présentée par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au Président du Conseil d'administration dans un délai de quinze jours francs à compter de la proclamation des résultats. Le Conseil d'administration statue dans le mois suivant la réception de la réclamation. La décision du Conseil est notifiée à l'intéressé qui dispose d'un délai de quinze jours francs à compter de cette notification pour, éventuellement, contester cette décision devant les tribunaux.

ARTICLE 21 BIS – DÉSIGNATION DES DÉLÉGUÉS

Chaque personne morale souscriptrice d'un contrat collectif obligatoire comportant plus de 1 000 membres procède à la désignation de délégués et en informe la Mutuelle en lui communiquant l'identité et les coordonnées des délégués désignés.

Pour chaque opération collective obligatoire comportant plus de 1 000 membres, le nombre de délégués désignés est déterminé de la façon suivante :

- 1 délégué désigné pour chaque tranche entamée de 1 à 10 000 membres participants et honoraires
- Pour la tranche démarant au-delà de 10 000 membres participants et honoraires : 1 délégué supplémentaire peut être désigné pour chaque tranche de 10 000 membres participants et honoraires, dans la limite de 9 délégués supplémentaires

En tout état de cause, il ne peut y avoir plus de 10 délégués désignés pour une même opération.

En tout état de cause, le nombre de délégués représentant les membres honoraires ne peut excéder celui des délégués regroupant les membres participants issus de la même opération collective.

Pour chaque délégué désigné, la personne morale souscriptrice peut également désigner un délégué suppléant qui devra achever le mandat du délégué titulaire en cas de vacance. En l'absence de délégué suppléant, la personne morale souscriptrice devra désigner un délégué remplaçant en cas de vacance.

Les délégués sont désignés pour une durée de quatre ans. À l'issue de ces quatre ans, la personne morale souscriptrice est tenue de communiquer à la Mutuelle l'identité et les coordonnées des délégués nouvellement désignés.

Tout membre participant ou honoraire issu d'une opération collective obligatoire comportant plus de 1 000 membres peut être désigné délégué sous réserve de remplir les conditions suivantes :

- être âgé de 18 ans révolus ;

- être à jour de ses cotisations au moment où il est désigné.

Aucune condition d'ancienneté individuelle n'est exigée, dès lors que les membres issus de ces opérations collectives représentent un volume significatif de population couverte. L'objectif étant d'assurer une représentation équilibrée des différentes catégories de membres à l'Assemblée Générale.

En cas d'impossibilité pour le délégué d'assister à l'Assemblée générale, il dispose de la faculté de se faire représenter par un autre délégué issu de la même opération collective, en cours de mandat à la date de l'Assemblée générale à laquelle il donne procuration. Cette procuration est nominative et incessible. Le nombre de procurations réunies par un même délégué est limité à deux.

Sauf disposition contraire des statuts du Centre Dentaire Mutualiste Paris 13 (CDM Paris 13) de la Mutuelle, situé 14-16 rue des Peupliers 75013 Paris, chaque délégué désigné pour représenter les membres participants et les membres honoraires de la Mutuelle exerce également la mission de délégué pour le CDM Paris 13 le temps de son mandat.

ARTICLE 22 – DISPOSITIONS PROPRES AUX MINEURS

22-1 – Les mineurs de plus de 16 ans, ayant la qualité de membres participants, exercent leur droit de vote à l'Assemblée annuelle de comité local.

SECTION 2 – RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 23 – CONVOCATION ANNUELLE OBLIGATOIRE

23-1 – L'Assemblée générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'administration.

23-2 – A défaut de réunion de l'Assemblée générale annuelle, tout membre de la Mutuelle peut demander au président du tribunal de grande instance du siège social de la Mutuelle, statuant en référé, d'enjoindre, sous astreinte, aux membres du Conseil d'administration de convoquer cette assemblée ou de désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

23-3 – L'Assemblée générale se réunit selon les modalités précisées dans la convocation : en présentiel en un lieu choisi par le Conseil d'administration, ou par tout moyen de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective, ou de manière hybride. Ces moyens transmettent au moins le son de la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

Lorsque cela est possible, les membres de l'Assemblée générale qui participent à celle-ci par des moyens de visioconférence ou de télécommunication sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité.

Les membres peuvent recourir au vote électronique lors des réunions en Assemblée générale. Dans cette hypothèse, les modalités d'organisation du vote électronique respectent le secret du vote et la sincérité du scrutin.

ARTICLE 24 – AUTRES CONVOCATIONS

24-1 – L'Assemblée générale peut être convoquée à tout moment par :

- la majorité des administrateurs composant le Conseil d'administration,
- les commissaires aux comptes,
- l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) mentionnée à l'article L.510-1 du Code de la mutualité, d'office ou à la demande d'un ou de plusieurs membres participants,

- un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) mentionnée à l'article L.510-1 du Code de la mutualité, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- le ou les liquidateurs.

24-2 – A défaut, les membres du Conseil d'administration, sur ordonnance du président du tribunal de grande instance du siège social de la Mutuelle, statuant en référé à la demande de tout membre de la Mutuelle, peuvent être enjoins, sous astreinte, de convoquer cette assemblée ou de désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

ARTICLE 25 – MODALITÉS DE CONVOCATION

25-1 – L'Assemblée générale doit être convoquée quinze jours francs au moins avant la date de sa réunion, dans les conditions fixées par les articles D.114-2 et suivants du Code de la mutualité. La convocation est faite par courrier adressé à chaque délégué.

ARTICLE 26 – ORDRE DU JOUR

26-1 – L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est fixé par le Président du Conseil d'administration, et, d'une manière générale, par l'auteur de la convocation.

26-2 – Toutefois, des délégués peuvent, s'ils réunissent au moins le quart du nombre total des délégués à l'Assemblée générale, requérir l'inscription, à l'ordre du jour de l'Assemblée générale, de projets de résolutions dans les conditions prévues par l'article D.114-6 du Code de la mutualité.

26-3 – Toute question ne donnant pas lieu à résolution dont l'examen est demandé par un ou plusieurs délégués de la Mutuelle est soumise obligatoirement à l'Assemblée générale. Cette question doit parvenir à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception trente jours francs au moins avant l'Assemblée générale,

26-4 – L'Assemblée Générale ne délibère que sur les questions et les projets de résolution inscrits à l'ordre du jour par l'auteur de la convocation ainsi que sur les projets de résolution inscrits dans les conditions visées à l'article 26-2 des statuts et sur les questions visées à l'article 26-3 des statuts.

26-5 – Toutefois, l'Assemblée générale peut en toutes circonstances :

- révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'administration et procéder à leur remplacement,
- prendre les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier de la Mutuelle et à respecter les règles prudentielles prévues par la réglementation.

26-6 – Il est établi un procès-verbal de la réunion de l'Assemblée Générale. Les procès-verbaux des Assemblées Générales sont communiqués aux présidents des comités locaux, aux présidents de comités départementaux, aux présidents des comités régionaux, par tout moyen.

ARTICLE 27 – QUORUM ET MODALITÉS DE VOTE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

I - DÉLIBÉRATIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE NÉCESSITANT UN QUORUM ET UNE MAJORITÉ SIMPLES POUR ÊTRE ADOPTÉES

27-1 – Pour toutes décisions autres que celles mentionnées à l'article 27-4 des statuts, l'Assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote électronique, si ce dispositif de vote est mis en place par le Conseil d'administration, est, au moins, égal au quart du total des voix des délégués.

27-2 – Si le quorum n'est pas atteint, une seconde Assemblée générale est convoquée huit jours francs au moins à l'avance. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de délégués présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote électronique

si ce dispositif de vote est mis en place par le Conseil d'administration.

27-3 – Les décisions sont prises à la majorité simple des suffrages exprimés.

II - DÉLIBÉRATIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE NÉCESSITANT UN QUORUM ET UNE MAJORITÉ RENFORCÉS POUR ÊTRE ADOPTÉES

27-4 – L'Assemblée générale, pour toutes décisions relatives aux modifications des statuts, aux activités exercées par la Mutuelle, aux montants et aux taux de cotisations des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du Code de la mutualité, aux prestations offertes dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2, à la délégation de pouvoir prévue à l'article 30 des présents statuts, la délégation de pouvoir prévue à l'article L.114-11 du code de Mutualité, au transfert de portefeuille, aux principes directeurs en matière de réassurance, aux règles générales en matière d'opérations collectives, à la fusion, à la scission, à la dissolution de la Mutuelle ou à la création d'une mutuelle, ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote électronique, si ce dispositif de vote est mis en place par le Conseil d'administration, est, au moins, égal à la moitié du total des délégués.

27-5 – Si cette condition n'est pas remplie, une seconde Assemblée générale peut être convoquée huit jours francs au moins à l'avance. Elle ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote électronique, si ce dispositif de vote est mis en place par le Conseil d'administration, est, au moins, égal au quart du total des délégués.

27-6 – Les décisions sont prises à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

ARTICLE 28 – COMPÉTENCES DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

28-1 – L'Assemblée générale statue sur les questions et projets de résolution inscrits à l'ordre du jour.

28-2 – Elle procède, par vote secret, à l'élection des membres du Conseil d'administration et à leur révocation.

28-3 – L'Assemblée générale a compétence exclusive pour statuer sur :

- les modifications des statuts,
- les activités exercées,
- l'existence et le montant des droits d'adhésion dans les conditions de l'article L.114-9c du Code de la mutualité,
- le montant du fonds d'établissement,
- les montants ou les taux de cotisations dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du Code de la mutualité,
- les prestations offertes dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du Code de la mutualité ainsi que le contenu du règlement mutualiste défini par l'article L.114-1 al. 5 du Code de la mutualité,
- l'adhésion à une union, à une union mutualiste de groupe ou une union de groupe mutualiste ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union, d'une union mutualiste de groupe ou d'une union de groupe mutualiste ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre mutuelle, d'une mutuelle dédiée ou d'une union ou encore d'une union de groupe mutualiste ou d'une union mutualiste de groupe, conformément respectivement aux articles L.111-3, L.111-4 et L.111-4-1, L.111-4-2 et L.113-2 du Code de la mutualité,
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,

- l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44, L.114-45 et L.221-19 du Code de la mutualité,
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe établi conformément à l'article L.114-17 du Code de la mutualité,
- le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la mutualité,
- le rapport du Conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles ou unions régies par les livres II et III du Code de la mutualité auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du même code,
- le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L.310-4 du Code de la mutualité;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L.221-2 du Code de la mutualité.
- toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur,
- la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires,
- les délégations de pouvoir pour les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du Code de la mutualité et prévues à l'article 30 des présents statuts,
- la nomination des commissaires aux comptes,
- les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la mutualité.

ARTICLE 29 – FORCE EXÉCUTOIRE DES DÉCISIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

29-1 – Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle et au Code de la mutualité.

29-2 – Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables, dès leur notification aux adhérents, dans les conditions prévues aux Règlements mutualistes.

29-3 – Les modifications des statuts et du règlement intérieur décidées par l'Assemblée Générale sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres par la Mutuelle.

ARTICLE 30 – DÉLÉGATION DE POUVOIRS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

30-1 – Pour les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du Code de la mutualité, l'Assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au Conseil d'administration.

30-2 – Cette délégation n'est valable qu'un an.

30-3 – Les décisions prises au titre de cette délégation doivent être ratifiées par l'Assemblée générale la plus proche.

CHAPITRE II - CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION 1 – COMPOSITION – ÉLECTION

ARTICLE 31 – COMPOSITION

31.1 – Sans préjudice des dispositions de l'article L.114-16 du Code de la mutualité, la Mutuelle est administrée par un Conseil d'administration composé, au plus, de vingt-sept administrateurs élus par les délégués, parmi les membres participants âgés de dix-huit ans révolus et les membres honoraires, à jour de leurs cotisations.

Une limite d'âge maximale fixée à soixante-dix ans s'applique aux deux tiers au moins des membres du Conseil d'administration. En tout état de cause, aucun membre du Conseil d'administration ne peut être âgé de plus de soixante-quinze ans.

Le nombre d'administrateurs ne peut être inférieur à dix. Les membres participants doivent représenter au moins les deux tiers du Conseil d'administration.

Le Conseil d'Administration est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes.

La représentation de chaque sexe au sein du Conseil d'administration ne pourra être inférieure à 40 % de la totalité des membres.

La mutuelle met en œuvre tous les moyens utiles afin d'établir les listes de candidats aux fonctions d'administrateurs tendant à la parité entre les hommes et les femmes au sein de son conseil d'administration, conformément à l'article L.114-16-1 du Code de la mutualité.

À cet effet, la mutuelle détermine, lors de chaque renouvellement de son conseil d'administration, la proportion d'hommes et de femmes que devrait comporter le conseil d'administration pour répondre aux exigences légales.

Les appels à candidatures précisent la proportion d'hommes et de femmes que les électeurs doivent respecter, à peine de nullité de vote, sauf insuffisance du nombre de candidats d'un sexe.

31-2 – En application de l'article L.114-16 du Code de la mutualité, le Conseil d'administration ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeant ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la mutualité.

ARTICLE 32 – CANDIDATURE À LA FONCTION D'ADMINISTRATEUR

32-1 – Conditions générales

a. La Mutuelle informe les membres participants et les membres honoraires de chaque renouvellement partiel ou total du conseil d'administration par la publication, dans des journaux d'annonces légales, de l'appel à candidatures, dans un délai raisonnable précédant la date limite de dépôt des dossiers de candidature fixée au point d du présent article. L'appel à candidatures peut également être diffusé par les moyens de communication internes à la Mutuelle, notamment via son journal d'information périodique, son site internet ou les espaces adhérents sécurisés.

b. Tout membre, remplissant les conditions statutaires ci-dessous a la faculté de soumettre sa candidature pour devenir administrateur de la Mutuelle, à la condition qu'il ait fait acte de candidature auprès de la Mutuelle.

c. Les déclarations de candidatures aux fonctions d'administrateur doivent être adressées avec le dossier permettant de s'assurer de la satisfaction

par les candidats des conditions d'éligibilité telles que précisées à l'article 33 des statuts.

d. Les dossiers de candidature ainsi constitués doivent parvenir au Secrétaire général trente jours francs au moins avant la date de l'Assemblée générale.

e. Le dossier de candidature repris à l'article 33 bis doit être adressé par lettre recommandée avec accusé de réception ou remis en main propre contre récépissé au Secrétaire général.

ARTICLE 33 – CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ – LIMITE D'ÂGE

33-1 – Pour être éligibles au Conseil d'administration, les membres doivent :

- être adhérents de la Mutuelle,
- justifier d'au moins trois ans d'ancienneté continue au sein de la Mutuelle,
- être âgés de 18 ans révolus,
- être à jour de leurs cotisations,
- ne pas exercer ou avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection,
- satisfaire aux exigences de l'article L.114-21 du Code de la mutualité relatives à :

• l'honorabilité : par la production d'un extrait de casier judiciaire vierge et d'une attestation sur l'honneur assurant du respect des conditions d'honorabilité et de solidité financière ;

• à l'expérience et à la compétence : cette dernière pouvant être démontrée par les formations suivies et l'expérience du membre et pouvant être présumée notamment à raison de l'expérience acquise et de l'expérience justifiée par l'exercice d'une fonction mutualiste dans un comité local de la Mutuelle,

- être âgés de moins de soixante-dix ans au jour de leur élection.

Avant son élection, le candidat à la fonction d'administrateur est tenu de déclarer l'ensemble des activités professionnelles et fonctions électives qu'il entend conserver.

33-2 – En outre, les administrateurs ne peuvent appartenir simultanément à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions et fédérations. Toutefois, dans le décompte des mandats d'administrateurs et de président, ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la mutualité.

ARTICLE 33 BIS – CONSTITUTION DU DOSSIER DE CANDIDATURE

Le dossier de candidature, dûment complété et signé doit comprendre :

- La déclaration de candidature
- L'engagement à suivre les formations proposées par la Mutuelle ou la FNM (article L.114-25 du Code de la mutualité).
- La certification sur l'honneur de satisfaire aux exigences des articles L.114-21 à 23 dudit Code.
- L'acceptation des conditions émises aux articles L.114-25 et 26 dudit Code.
- Les mandats d'Administrateur exercés par le candidat, qui ne peuvent être supérieurs à cinq.
- Le Bulletin No 3 du Casier judiciaire datant de moins de trois mois au jour de l'élection (article L.114-21 dudit Code).
- L'attestation sur l'honneur assurant du respect des conditions d'honorabilité et de solidité financière en application de la Directive 2009/138/CE du Parlement européen et du Conseil du 25 novembre 2009 et de ses textes d'application (à renouveler annuellement)

ARTICLE 34 – MODALITÉS DE L'ÉLECTION

34-1 – Sous réserve des dispositions inscrites aux présents statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du Conseil d'administration sont élus par vote secret, au scrutin uninominal majoritaire à deux tours à la majorité absolue des suffrages exprimés au premier tour et à la majorité relative au second tour.

34-2 – Dans le cas où des candidats obtiendraient un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus âgé.

ARTICLE 35 – DURÉE ET CESSATION DU MANDAT

35-1 – Les membres du Conseil d'administration sont élus pour une durée de six ans. Leurs fonctions expirent à l'issue de l'Assemblée générale qui procède au renouvellement partiel ou total du Conseil d'administration.

35-2 – Les membres du Conseil d'administration qui ont été élus par l'Assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article 37 des statuts achèvent le mandat des membres qu'ils remplacent.

35-3 – Les membres du Conseil d'administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou honoraire de la Mutuelle,
- en cas de dépassement du quota d'administrateurs fixé à l'article 31.1 des présents Statuts ayant atteint la limite d'âge de soixante-dix ans, dans ce cas l'administrateur le plus âgé est considéré comme démissionnaire d'office. Toutefois, lorsque le dépassement trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu,
- lorsqu'ils ont atteint l'âge limite de soixante-quinze ans, dans ce cas le membre est considéré comme démissionnaire d'office,
- lorsqu'ils ne respectent plus les dispositions de l'article L.114-23 du Code de la mutualité relatif au cumul de mandats ; ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article,
- un mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la mutualité.
- après notification de la décision d'opposition de l'ACPR, lors de la nomination ou du renouvellement aux fonctions d'administrateur dans les conditions définies à l'article L.612-23-1 du Code monétaire et financier.
- en tout état de cause, en cas de suspension des fonctions prononcée par l'ACPR en vertu des pouvoirs de police administrative définis à l'article L.612-33-II du Code monétaire et financier.

35-4 – Les administrateurs sont révocables à tout moment par l'Assemblée générale.

35-5 – Les membres du Conseil d'administration peuvent, par décision de ce Conseil, être déclarés, après avoir été dûment convoqués pour présenter leurs observations, démissionnaires d'office de leur fonction dans le cas où ils n'ont pas participé à trois séances successives au cours de la même année, sous réserve que cette décision soit ratifiée par l'Assemblée générale.

ARTICLE 36 – RENOUELEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

36-1 – Le renouvellement du Conseil a lieu par tiers tous les deux ans. Les membres sortants sont rééligibles.

36-2 – Si le nombre d'administrateurs n'est pas divisible par trois, le nombre de sièges renouvelés sera calculé sur la base du nombre divisible par trois immédiatement inférieur en ajoutant, par tirage au sort, un siège à la dernière série renouvelable ou s'il y a lieu un siège à chacune des deuxième et troisième séries renouvelables.

36-3 – Lors de la constitution initiale du Conseil d'administration et en cas de renouvellement complet, le Conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront sortants, le mandat des administrateurs du tiers sortant étant réduit à la durée effective alors courue.

ARTICLE 37 – VACANCE - COOPTATION

37-1 – En cas de vacance en cours de mandat liée à un décès, à une démission, à la perte de qualité de membre participant ou de membre honoraire ou à la cessation de mandat d'administrateur à la suite d'une décision d'opposition prise par l'ACPR en application de l'article L.612-23-1 du Code monétaire et financier et ne remettant pas en cause le minimum légal du nombre d'administrateurs, il peut être procédé à la cooptation d'un administrateur par le Conseil d'Administration avant la prochaine réunion de l'Assemblée Générale. Cette cooptation est soumise à ratification de la plus proche Assemblée Générale. Dans le cas où la nomination faite par le Conseil d'Administration n'était pas ratifiée par ladite Assemblée Générale, les délibérations auxquelles cet administrateur aurait pris part restent valables. En revanche, cette non-ratification entraîne la cessation du mandat de l'administrateur.

L'administrateur dont la cooptation a été ratifiée par l'Assemblée Générale achève le mandat de celui qu'il a remplacé.

37-2 – Dans le cas où le nombre d'administrateurs serait inférieur au minimum légal prévu à l'article L.114-16 alinéa 4 du Code de la mutualité, du fait d'une ou plusieurs vacances, une Assemblée générale serait convoquée par le Président afin de pourvoir à la nomination de nouveaux administrateurs. A défaut de convocation par le Président, les stipulations des articles 24 et 25 ci-dessus s'appliqueront.

37-3 – Dans le cas visé au présent article, il est procédé à l'élection dans les conditions définies ci-avant, chaque membre ainsi élu, l'étant pour la durée qui restait à courir du mandat de son prédécesseur.

37-4 – Les candidatures dans le cadre des articles 37-1 et 37-2 sont nécessairement transmises, sans contrainte de délai ou de forme au Président de la Mutuelle.

SECTION 2 – STATUT ET RÔLE DES ADMINISTRATEURS

ARTICLE 38 – RÔLE DES ADMINISTRATEURS DE LA MUTUELLE

38-1 – Les fonctions d'administrateur sont définies dans les statuts. Chaque administrateur exerce un rôle d'écoute à l'égard des adhérents de la mutuelle.

ARTICLE 39 – INDEMNITÉS VERSÉES – REMBOURSEMENT DES FRAIS AUX ADMINISTRATEURS

39-1 – Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

39-2 – La Mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions et limites mentionnées aux articles L.114-26 à L.114-28 du Code de la mutualité.

39-3 – La Mutuelle rembourse aux administrateurs les frais exposés par l'exercice de leur mandat et notamment les frais de déplacement, de séjour, de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le Code de la mutualité.

ARTICLE 40 – SITUATIONS ET COMPORTEMENTS INTERDITS AUX ADMINISTRATEURS

40-1 – Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L.114-26 du Code de la mutualité.

40-2 – Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la Mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur.

40-3 – Les anciens membres du Conseil d'administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

40-4 – Il est interdit aux administrateurs de passer des conventions avec la Mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux articles 43, 44 et 45 des présents statuts.

40-5 – Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

ARTICLE 41 – OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS - SUIVI PÉRIODIQUE

41-1 – Les administrateurs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel.

41-2 – Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la Mutuelle de toute modification à cet égard.

41-3 – Les administrateurs sont tenus de faire connaître à la Mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la mutualité.

41-4 – En dehors des dispositions visées aux alinéas 41-2 et 41-3 du présent article, un suivi périodique des informations administratives ainsi que des activités professionnelles et de l'honorabilité de chaque administrateur est opéré au début de l'année de renouvellement du tiers sortant du Conseil d'Administration. Ce suivi entraîne notamment la production par l'administrateur d'un extrait de casier judiciaire de moins de trois mois.

41.5 – Les administrateurs sont tenus de suivre, lors de leur première année d'exercice, un programme de formation adapté à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes mis en place par la Mutuelle ou organisé par la FNMF. Durant l'exercice de leur mandat, ils bénéficient d'une formation conformément aux dispositions du Livre IV de la sixième partie du Code du travail.

ARTICLE 42 – CONVENTIONS RÉGLEMENTÉES SOUMISES A AUTORISATION PRÉALABLE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

42-1 – Sous réserve des dispositions de l'article 41 des présents statuts, toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs ou dirigeant opérationnel ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion, est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'administration.

42-2 – Il en va de même des conventions auxquelles un administrateur ou dirigeant opérationnel est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la Mutuelle par personne interposée ainsi que les conventions intervenant entre la Mutuelle et toute personne morale de droit privé, si l'un des administrateurs ou dirigeant opérationnel de la Mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, Directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale.

42-3 – Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions intervenant entre un administrateur ou dirigeant opérationnel et toute personne morale appartenant au même groupe que la Mutuelle au sens de l'article L.212-7 du Code de la mutualité.

42-4 – Le non-respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L.114-35 du Code de la mutualité.

42-5 – Le Conseil d'administration doit prendre sa décision sur les demandes d'autorisations qui lui sont adressées au plus tard lors de la réunion au cours de laquelle il arrête les comptes annuels de l'exercice.

ARTICLE 43 – CONVENTIONS COURANTES AUTORISÉES SOUMISES A UNE OBLIGATION D'INFORMATION

43-1 – Les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs ou dirigeant opérationnel, telles que définies par un décret pris en application de l'article L.114-33 du Code de la mutualité, sont communiquées par ce dernier au Président du Conseil d'administration. La liste et l'objet desdites conventions sont communiqués par le Président aux membres du Conseil d'administration et aux commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés à l'Assemblée générale dans les conditions de l'article L.114-33 du Code de la mutualité.

ARTICLE 44 – CONVENTIONS INTERDITES

44-1 – Il est interdit aux administrateurs ou dirigeants opérationnels de contracter sous quelque forme que ce soit des emprunts auprès de la Mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers.

44-2 – Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, en qualité d'administrateur ou dirigeant opérationnel, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la Mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre.

44-3 – La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des administrateurs, ainsi qu'à toute personne interposée.

ARTICLE 45 – RESPONSABILITÉ CIVILE DES ADMINISTRATEURS

45-1 – La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon les cas, envers la Mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion.

ARTICLE 45 BIS - HONORARIAT

45 bis. 1 – Le titre d'Administrateur honoraire de la Mutuelle est conféré, par le Conseil d'administration, puis entériné par l'Assemblée générale, aux anciens administrateurs, quel que soit leur âge, ayant assuré effectivement leurs fonctions pendant cinq années consécutives au minimum.

45 bis. 2 – Toutefois, ce délai peut être exceptionnellement réduit, également sur proposition du Conseil d'administration, pour les administrateurs qui, par leur action personnelle au cours de leurs fonctions, ont participé activement au rayonnement de la Mutuelle.

45 bis. 3 – Sur proposition du Conseil d'administration et approbation de l'Assemblée générale, l'honorariat peut être conféré à un ancien Président du Conseil d'administration de la Mutuelle. Il est alors nommé Président honoraire de la Mutuelle. Cette nomination qui ne confère aucun pouvoir, prend effet après le vote de l'Assemblée générale qui l'a entérinée.

SECTION 3 – RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 46 – RÉUNIONS

46-1 – Le Conseil d'administration se réunit sur convocation du Président au moins trois fois par an.

46-2 – Le Président du Conseil d'administration établit l'ordre du jour du Conseil et le joint à la convocation qui doit être envoyée aux membres du Conseil d'administration cinq jours francs au moins avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence.

46-3 – Le directeur général participe de droit aux réunions du Conseil d'administration avec voix consultative sauf si sa situation personnelle est en cause.

46-4 – Le Président du Conseil d'administration peut inviter des personnes extérieures au Conseil d'administration à assister à ses réunions ; le Conseil délibère alors sur cette présence extérieure.

46-5 – La convocation du Conseil est obligatoire quand elle est demandée par le quart de ses membres.

46-6 – Les membres du Conseil d'administration ne peuvent pas se faire représenter.

ARTICLE 47 – REPRÉSENTATION DES SALARIÉS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

47-1 – Conformément à l'article L.114-16-2 du Code de la mutualité deux représentants de salariés de la Mutuelle assistent avec voix consultative aux séances du Conseil d'Administration. Dans ce cadre, les représentants de salariés de la Mutuelle :

- disposent du temps nécessaire pour exercer utilement leur mandat, dans les mêmes conditions que celles définies à l'article L.225-30-1 du code de commerce pour les administrateurs salariés ;
- bénéficient à leur demande, lors de leur première année d'exercice, d'une formation à la gestion adaptée à l'exercice de leur mandat ;
- ne perdent pas le bénéfice de leur contrat de travail.

47-2 – La durée de leur mandat est de deux ans, étant précisé que la rupture du contrat de travail avec la Mutuelle met fin audit mandat.

47-3 – En cas de vacance d'un poste de représentant des salariés par décès, démission, révocation, rupture du contrat de travail ou pour toute autre cause que ce soit, la Mutuelle procédera à une nouvelle élection dans les conditions énoncées à l'article 48 des statuts.

47-4 – Les représentants des salariés ne peuvent être révoqués que pour faute dans l'exercice de leur mandat, par décision du président du tribunal de grande instance, rendue en la forme des référés, à la demande de la majorité des membres du conseil d'administration. La décision est exécutoire par provision.

ARTICLE 48 – ÉLECTION DES REPRÉSENTANTS DES SALARIÉS – INCOMPATIBILITÉS

48-1 – Il est fait appel aux candidatures individuelles des membres du personnel salarié de la Mutuelle un mois avant la date fixée pour l'élection.

48-2 – Tout salarié, répondant aux conditions d'éligibilité visées à l'article L.114-16-2 III du Code de la mutualité, peut être candidat sous réserve d'avoir présenté sa candidature au Conseil d'administration de la Mutuelle au moins huit jours francs avant l'élection.

48-3 – Les représentants des salariés sont élus, conformément aux dispositions de l'article L.114-16-2 III du Code de la Mutualité, par les salariés de la Mutuelle ayant la qualité d'électeur au regard de l'article précité. Toute élection intervenue en violation dudit article est nulle. Cette nullité n'entraîne pas celle des délibérations auxquelles a pris part le représentant élu irrégulièrement nommé.

48-4 – Le mandat de représentant des salariés est incompatible avec tout mandat de délégué syndical ou de membre du comité social et économique de la Mutuelle. Le représentant élu par les salariés qui, lors de son élection, est titulaire d'un ou de plusieurs de ces mandats doit s'en démettre dans les huit jours. A défaut, il est réputé démissionnaire de son mandat de représentant élu par les salariés.

Le mandat de représentant des salariés est incompatible avec l'exercice de fonctions clés ou de dirigeant opérationnel. Les salariés exerçant ces fonctions ne peuvent pas candidater.

48-5 – Si aucune candidature ne se manifeste dans le délai ci-dessus, il est établi un procès-verbal de carence, la nouvelle élection ayant alors lieu l'année suivante.

ARTICLE 49 – DÉLIBÉRATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

49-1 – Le Conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente. Toutefois, sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité, les administrateurs qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou tout autre moyen de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective. Ces moyens transmettent au moins le son de la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations. Il est fait mention de leur participation à la réunion par ces moyens sur la feuille d'émargement et dans le procès-verbal de la réunion.

49-2 – Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

49-3 – Le Conseil d'administration vote obligatoirement à bulletin secret pour l'élection du Président et des autres membres du Bureau ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur ; dans ce cas, l'administrateur concerné ne prend pas part au vote et il peut lui être demandé de quitter la réunion jusqu'à ce que le Conseil se soit prononcé sur la proposition de délibération.

49-4 – Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé en séance ou par le prochain Conseil d'administration. Les procès-verbaux approuvés des Conseils d'administration sont communiqués aux administrateurs par voie électronique.

49-5 – Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le Président ou par les dirigeants.

SECTION 4 – ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 50 – COMPÉTENCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

50-1 – Le Conseil d'administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application.

50-2 – Le Conseil d'administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle. Il s'assure, en permanence, de la maîtrise par la direction effective de la Mutuelle des risques auxquels la Mutuelle est exposée dans l'accomplissement de ses activités.

50-3 – Plus généralement, le Conseil d'administration veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

Ainsi et sans que cette énumération soit limitative, le Conseil d'administration :

- nomme et révoque le Directeur général de la Mutuelle conformément aux dispositions de l'article L.211-14 du Code de la mutualité ; il approuve, en application du même article, les éléments de son contrat de travail,
- nomme et révoque, sur proposition du président du conseil d'administration, un ou plusieurs dirigeants effectifs autres que le président du conseil d'administration et le dirigeant opérationnel, répondant aux critères prévus par l'article R.211-15 du Code de la Mutualité,
- définit, pour le cas où les dirigeants effectifs sont absents ou empêchés, les modalités de continuité de la direction effective. Il peut, à ce titre, nommer un Directeur Général Délégué. Le Directeur Général Délégué a les mêmes attributions que le Directeur Général. Il doit répondre aux mêmes exigences de compétence et d'honorabilité que le Directeur Général,
- entend, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés,
- approuve les politiques écrites de la Mutuelle qu'il réexamine au moins une fois par an,
- arrête les comptes annuels établis selon les normes et modalités fixées par la réglementation à la clôture de chaque exercice et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée générale et dans lequel il rend compte des éléments mentionnés à l'article L.114-17 du Code de la mutualité,
- établit, également, les comptes consolidés ou combinés lorsque la Mutuelle fait partie d'un groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la mutualité ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il présente à l'Assemblée générale,
- établit, chaque année, un rapport qu'il présente à l'Assemblée générale dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et des opérations de délégation de gestion visées aux articles L.116-1 à L.116-3 du Code de la mutualité,
- donne son autorisation aux conventions réglementées visées à l'article L.114-32 du Code de la mutualité,
- approuve, avant transmission, à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, chaque année, les rapports prévus par la réglementation, en particulier, le rapport sur la solvabilité et la situation financière, le rapport régulier au contrôleur, le rapport sur l'évaluation propre des risques et de la solvabilité ainsi que le rapport sur le contrôle interne de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et, selon la périodicité fixée par le contrôleur, les états quantitatifs prévus par la réglementation,
- approuve, chaque année, le rapport actuariel tenu à la disposition de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, prend connaissance, chaque année, des conclusions et recommandations de l'audit interne ainsi que des propositions d'actions qui lui sont communiquées par le Directeur général.

50-4 – Le Conseil d'administration fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L.221-2 du Code de la mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale. Il rend compte devant l'Assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au Président du Conseil d'administration ou au Directeur général.

ARTICLE 51 – DÉLÉGATIONS D'ATTRIBUTIONS PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

51-1 – Dans le respect des textes législatifs et réglementaires, le Conseil d'administration délègue, sous sa responsabilité et son contrôle, à son Président et au Directeur général, au Vice-président délégué

en cas d'empêchement ou d'absence temporaire du Président du Conseil d'administration et le temps de cette indisponibilité, ainsi qu'à tout autre dirigeant effectif éventuellement nommé dans les conditions prévues par l'article 50-3 des présents Statuts, les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle.

51-2 – Le Conseil d'administration peut, par ailleurs, déléguer, sous son contrôle et sa responsabilité, certaines de ses attributions, soit au Bureau, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à un ou plusieurs comités ou commissions, temporaires ou permanents, créés en son sein.

51-3 – Les délégations consenties sont établies par une délibération du Conseil d'administration qui précise la durée pour laquelle la délégation est consentie.

CHAPITRE III - DIRECTION EFFECTIVE - PRÉSIDENT - BUREAU - DIRECTEUR GÉNÉRAL

SECTION 1 – DIRECTION EFFECTIVE

ARTICLE 52 – DIRECTION EFFECTIVE

52-1 – La direction effective de la Mutuelle est assurée par le Président du Conseil d'administration, par le Vice-président délégué en cas d'empêchement ou d'absence temporaire du Président du Conseil d'administration et le temps de cette indisponibilité et par le Directeur général, en qualité de dirigeant opérationnel conformément à l'article R.211-15 du Code de la mutualité.

Elle peut également être assurée par tout autre dirigeant effectif personne physique éventuellement nommé par le conseil d'administration et disposant d'un domaine de compétence et de pouvoirs suffisamment larges sur les activités et les risques de la mutuelle, faisant preuve d'une disponibilité suffisante au sein de la mutuelle pour exercer ce rôle, et étant impliquée dans les décisions ayant un impact important sur la mutuelle, notamment en matière de stratégie, de budget ou de questions financières.

52-2 – La direction effective élabore et conduit dans le cadre des orientations arrêtées par le Conseil d'administration et sous le contrôle de celui-ci, la stratégie de développement de la Mutuelle en s'attachant à mettre en œuvre une gestion saine, prudente et efficace garantissant le respect et la pérennité de ses engagements vis-à-vis de ses assurés et de leurs ayants droit.

À cette fin, le Conseil d'administration lui délègue, dans le respect des attributions propres de chacun de ses membres, les pouvoirs lui permettant d'agir en toutes circonstances dans l'intérêt de la Mutuelle et de ses membres.

SECTION 2 – PRÉSIDENT

ARTICLE 53 – ÉLECTION ET RÉVOCATION

53-1 – Le Conseil d'administration élit parmi ses membres satisfaisant aux exigences d'honorabilité, de compétences et d'expérience requises par la législation pour exercer, conjointement, avec le Directeur général, et les éventuels autres dirigeants effectifs nommés, la direction effective de la Mutuelle, un Président qui est élu en qualité de personne physique. Le Conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du Président.

53-2 – Le Président est élu par vote secret à la première réunion du Conseil d'administration qui suit l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'administration pour deux ans, durée qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur.

53-3 – Il est rééligible.

53-4 – Les déclarations de candidature aux fonctions de Président du Conseil d'administration doivent être envoyées au siège de la Mutuelle par lettre

recommandée avec avis de réception ou remises en main propre auprès du Secrétariat général contre récépissé de dépôt huit jours francs au moins avant la date de l'élection.

53-5 – Sur décision d'opposition de l'ACPR dans les conditions définies à l'article L. 612-23-1 du Code monétaire et financier, le mandat du Président nouvellement élu ou réélu peut cesser.

ARTICLE 54 – VACANCE

54-1 – En cas de décès, de démission, ou de perte de la qualité d'adhérent du Président ou de cessation du mandat de Président à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution en application de l'article L.612-23-1 du Code monétaire et financier, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le Vice-président délégué ou à défaut par le Vice-président le plus âgé. Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par le Vice-président délégué ou à défaut par le Vice-président le plus âgé.

54-2 – En cas d'empêchement ou d'absence temporaire du Président, les fonctions de Président sont remplies par le Vice-président délégué ou à défaut par le Vice-président le plus âgé.

ARTICLE 55 – ATTRIBUTIONS

55-1 – Outre ses attributions afférentes à la direction effective de la Mutuelle qu'il assure conjointement avec le Directeur général et les éventuels autres dirigeants effectifs nommés, le Président du Conseil d'administration organise et dirige les travaux du Conseil d'administration dont il rend compte à l'Assemblée générale.

55-2 – Il veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

55-3 – Il propose au Conseil d'administration qui en décide la nomination d'un candidat aux fonctions de Directeur général ainsi que les éléments de son contrat de travail dont la signature lui incombe. De même, il lui appartient de proposer au Conseil d'administration qui en décide, de mettre un terme aux fonctions du Directeur général ; il lui incombe, alors, de conduire, le cas échéant, la procédure de rupture du contrat de travail de l'intéressé dans le respect de la législation du travail.

Il propose également au Conseil d'administration, le cas échéant, la nomination d'autres dirigeants effectifs dans les conditions prévues par l'article R.211-15 du code de la mutualité. De même, il lui appartient de proposer au Conseil d'administration qui en décide, de mettre un terme aux fonctions de ces autres dirigeants effectifs.

55-4 – Il convoque le Conseil d'administration et en établit l'ordre du jour.

55-5 – Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées.

55-6 – Il représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile sous réserve des délégations consenties au Directeur général ou à tout autre dirigeant effectif éventuellement nommé.

55-7 – En aucun cas, le Président ne peut déléguer des attributions qui lui sont spécialement attribuées par la loi.

SECTION 3 – BUREAU

ARTICLE 56 – ÉLECTION

56-1 – Les membres du Bureau, autres que le Président du Conseil d'administration, sont élus par vote secret pour deux ans par le Conseil d'Administration en son sein au cours de la première réunion qui suit

l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'administration.

56-2 – Les candidatures aux postes de membre du Bureau sont adressées par pli recommandé avec avis de réception à la Mutuelle ou remises en main propre auprès du Secrétariat général contre récépissé de dépôt, huit jours francs au moins avant la date de l'élection.

56-3 – Les membres du Bureau peuvent être révoqués à tout moment par le Conseil d'administration ou sur décision d'opposition à la poursuite du mandat d'un membre du Bureau prononcée par l'ACPR dans conditions définies à l'article L.612-23-1 du Code monétaire et financier.

56-4 – En cas de vacance, et pour quelque cause que ce soit, le Conseil d'administration, lorsqu'il est complètement constitué, pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au Bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

ARTICLE 57 – COMPOSITION

57-1 – Le Bureau est composé, outre du Président du Conseil d'administration, d'un Vice-président délégué qui assiste et, le cas échéant, supplée le Président dans l'exercice de ses attributions et de huit Vice-présidents auxquels le Conseil d'administration délègue des attributions permanentes.

57-2 – La vacance d'un ou de plusieurs postes de vice-président ne remet pas en cause le fonctionnement du Bureau.

ARTICLE 58 – RÉUNIONS ET DÉLIBÉRATIONS

58-1 – Le Bureau se réunit sur convocation du Président aussi souvent que l'intérêt de la Mutuelle l'exige.

58-2 – Le Directeur général, ainsi que tout autre dirigeant effectif éventuellement nommé, participe de droit aux réunions du Bureau avec voix consultative sauf si leur situation personnelle est en cause.

58-3 – Le Président peut inviter des personnes extérieures au Bureau à assister aux réunions du Bureau qui délibère sur cette présence.

58-4 – Le Bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

SECTION 4 – DIRECTEUR GÉNÉRAL

ARTICLE 59 – NOMINATION – ATTRIBUTIONS

59-1 – Le Directeur général est nommé et révoqué, sur proposition du Président du Conseil d'administration, par le Conseil d'administration dans les conditions fixées à l'article 50-3 des statuts.

59-2 – Le Directeur général est investi, lors de sa nomination et conformément aux dispositions de l'article L.211-14 du Code de la mutualité, par le Conseil d'administration des pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle.

59-3 – En sa qualité de dirigeant opérationnel, le Directeur général a autorité sur les services de la Mutuelle dont il dirige et contrôle l'action en sanctionnant les éventuels manquements.

59-4 – En particulier, les responsables des fonctions clés au sens de l'article L.211-12 du Code de la mutualité sont placés sous son autorité conformément aux dispositions de l'article L.211-13 dudit Code, sans qu'il puisse déléguer cette responsabilité.

59-5 – Il appartient au Directeur général de présenter au Conseil d'administration l'état d'avancement des actions correctrices détectées en matière de gestion des risques. De même, il appartient au Directeur général de présenter au Conseil d'administration les conclusions et recommandations de l'audit interne ainsi que les propositions d'actions qui en découlent;

il lui incombe de veiller à l'exécution de ces actions et d'en rendre compte au Conseil d'administration.

SECTION 5 – MANDATAIRE MUTUALISTE

ARTICLE 60 – NOMINATION – ATTRIBUTIONS

60-1 – Le mandataire mutualiste est une personne physique qui apporte à la Mutuelle en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole, dans le cadre du mandat pour lequel il a été désigné ou élu dans les conditions définies au présent article.

60-2 – Les fonctions de mandataire mutualiste sont distinctes de celles des administrateurs mentionnés à l'article L.114-16 du Code de la mutualité.

60-3 – La Mutuelle propose à ses mandataires mutualistes, lors de l'exercice de leur mandat, un programme de formation adapté à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes.

60-4 – Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites. Néanmoins, leurs frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour peuvent leur être remboursés selon les conditions définies dans les présents statuts et dans les mêmes limites que celles fixées pour les administrateurs.

60-5 – Peuvent bénéficier de ce statut :

- les présidents, trésoriers ou membres des comités;
- toute personne ayant reçu un mandat particulier.

60-6 – Le mandataire mutualiste est désigné ou élu par le Conseil d'Administration à la majorité simple. Le Conseil d'Administration détermine les missions attribuées au mandataire mutualiste.

60-7 – Le mandataire mutualiste doit rendre compte annuellement de la réalisation de ces missions.

CHAPITRE IV - ORGANISATION FINANCIÈRE

SECTION 1 – EXERCICE SOCIAL

ARTICLE 61 – EXERCICE SOCIAL

61-1 – L'exercice social a une durée de douze mois. Il débute le 1er janvier pour se terminer le 31 décembre de chaque année.

SECTION 2 – PRODUITS ET CHARGES

ARTICLE 62 – PRODUITS

62-1 – Les produits de la Mutuelle comprennent, outre les droits d'adhésion :

- les cotisations des membres participants,
- les rappels de cotisations éventuellement nécessaires,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la Mutuelle,
- plus généralement, toutes autres recettes conformes aux finalités mutualistes du groupement, notamment les concours financiers, subventions, prêts.

ARTICLE 63 – CHARGES

63-1 – Les charges comprennent :

- les diverses prestations servies aux membres participants,
- les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle,
- les versements faits aux unions et fédérations,
- les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L.111-6 du Code de la mutualité,
- la redevance prévue à l'article L.612-20 du Code monétaire et financier et affectée aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution pour l'exercice de ses missions,
- les impôts et taxes,
- la dotation au fonds de dotation,

- plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement.

ARTICLE 64 – VÉRIFICATIONS PRÉALABLES

64-1 – Les dépenses de la Mutuelle sont engagées et réglées conformément aux règles d'engagement et de paiement des dépenses en vigueur dans la Mutuelle telles qu'adoptées par le Conseil d'administration.

64-2 – Le responsable de la mise en paiement des charges de la Mutuelle s'assure préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les décisions des instances délibératives de la Mutuelle.

ARTICLE 65 – MODALITÉS DE RÉASSURANCE AUPRÈS D'ENTREPRISES NON RÉGIES PAR LE CODE DE LA MUTUALITÉ

65-1 – Conformément à l'article L.211-4 du Code de la mutualité, la Mutuelle peut se réassurer auprès d'entreprises non régies par le Code de la mutualité, sous réserve que cette cession en réassurance satisfasse aux principes directeurs en matière de réassurance définis par l'Assemblée générale, en application de l'article 28 des présents statuts.

ARTICLE 66 – APPORTS ET TRANSFERTS FINANCIERS

66-1 – En cas de création de mutuelles définies à l'article L.111-3 du Code de la mutualité ou en cas de création ou d'adhésion à une union définie par l'article L.111-4 du même Code, la Mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de cette mutuelle ou de cette union, dans les conditions prévues par ces articles.

SECTION 3 – COMITÉ D'AUDIT, RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE

ARTICLE 67 – COMITÉ D'AUDIT

67-1 – En application de l'article L.114-17-1 du Code de la Mutualité, un comité spécialisé dénommé Comité d'audit, agissant sous la responsabilité du Conseil d'administration, est mis en place ; il est composé au plus de 5 membres choisis pour au moins 3 d'entre eux parmi les administrateurs de la Mutuelle, à l'exclusion du Président du Conseil d'administration, lesquels peuvent s'adjoindre le concours d'un ou de deux membre(s) extérieur(s) au Conseil et désigné(s) par lui, pour une durée définie dans leur mandat, en raison de leurs compétences en matière financière ou comptable et de leur indépendance au regard de critères fixés par le Conseil d'administration.

67-2 – Le Comité d'audit se dote d'un règlement qui précise son fonctionnement et qui est communiqué pour information au Conseil d'administration.

67-3 – Le Comité d'audit assure le suivi du processus d'élaboration de l'information financière, de l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques, du contrôle légal des comptes annuels, le cas échéant, des comptes consolidés par les commissaires aux comptes en s'assurant de leur indépendance.

67-4 – Il émet une recommandation sur les commissaires aux comptes proposés à la désignation de l'Assemblée générale.

67-5 – Il peut, par délégation du Conseil d'administration, entendre, directement et de sa propre initiative et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés ou entendre ces derniers lorsqu'ils le sollicitent en raison de la survenance d'événements de nature à le justifier.

67-6 – Il rend compte régulièrement au Conseil d'administration de l'exercice de ses missions et l'informe sans délai de toute difficulté rencontrée.

ARTICLE 68 – PLACEMENT ET RETRAIT DES FONDS

68-1 – Les placements et retraits de fonds sont réalisés dans les conditions fixées par la législation en vigueur.

ARTICLE 69 – RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE

69-1 – Les provisions techniques et les marges de solvabilité sont constituées conformément à la réglementation en vigueur.

ARTICLE 70 – SYSTÈME DE GARANTIE

70-1 – La Mutuelle adhère au Système Fédéral de Garantie de la Mutualité Française, Union inscrite au Répertoire SIRENE sous le numéro 442 572 723, et dont le siège est situé à Paris 15e, au 255 rue de Vaugirard.

SECTION 4 – COMMISSAIRES AUX COMPTES

ARTICLE 71 – COMMISSAIRES AUX COMPTES

71-1 – En vertu de l'article L.114-38 du Code de la mutualité, l'Assemblée générale nomme au moins un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée au I de l'article L.822-1 du Code de commerce.

71-2 – Le Président convoque le commissaire aux comptes à toute Assemblée générale.

71-3 – Les commissaires aux comptes, notamment :

- certifient les comptes sociaux, consolidés et combinés établis par le Conseil d'administration,
- certifient le rapport établi par le Conseil d'administration et présenté à l'Assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- prennent connaissance de l'avis donné par le président du Conseil d'administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L.114-32 du Code de la mutualité,
- établissent et présentent à l'Assemblée générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la mutualité,
- signalent sans délai à l'ACPR tous les éléments constitutifs de faits mentionnés à l'article L.612-44 du Code monétaire et financier, sans pouvoir opposer le secret professionnel dans le cadre des instructions que l'ACPR peut être amenée à diligenter, ainsi que les faits de nature à compromettre la continuité de l'exploitation de la mutuelle qu'ils relèveraient, à l'occasion de l'exercice de leur mission,
- portent à la connaissance du Conseil d'administration, les contrôles et vérifications auxquelles ils ont procédé dans le cadre de leurs attributions prévues par le Code de commerce,
- signalent dans leur rapport annuel à l'Assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'ils ont relevées au cours de l'accomplissement de leur mission.

71-4 – Est jointe à ce rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financier, subventions, prêts et aides de toute nature réalisés par la mutuelle au bénéfice d'une mutuelle ou union relevant du livre III du Code de la mutualité

TITRE III - INFORMATION DES ADHÉRENTS – RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

ARTICLE 72 – ÉTENDUE DE L'INFORMATION

72-1 – Dans le cadre des adhésions individuelles, le membre participant reçoit gratuitement un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste ainsi qu'à sa demande, du règlement intérieur.

72-2 – Les modifications des statuts et du règlement mutualiste sont portées à sa connaissance, notamment, par le journal d'information périodique de la Mutuelle ou par tout autre support durable autre que le papier.

72-3 – Dans le cadre des adhésions issues d'un contrat collectif, l'employeur ou la personne morale souscriptrice est tenu de remettre à chaque membre participant les statuts de la Mutuelle et une notice d'information établie par la MGC qui définit le contenu des droits et obligations découlant du contrat collectif ainsi que les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur et les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque; le membre participant peut, également, demander communication du règlement intérieur.

Toute modification du contrat collectif est constatée par un avenant signé entre le Souscripteur et la Mutuelle. L'employeur ou la personne morale souscriptrice est tenu de remettre à chaque membre participant une notice d'information établie par la Mutuelle.

72-4 – Le membre participant est informé :

- des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès,
- des organismes auxquels la Mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

72-5 – Sur demande écrite adressée au Président du Conseil d'administration, le membre participant ou le membre honoraire de la Mutuelle ou toute autre personne peut consulter les bilans financiers de la Mutuelle. Il n'est fait aucune transmission de document, ni de copie de document. La consultation du dossier ne peut être faite qu'au siège de MGC.

ARTICLE 73 – RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

La Mutuelle MGC accorde une grande importance aux remarques et remontées de ses adhérents mais aussi à celles des tiers intéressés. C'est la raison pour laquelle elle a mis en place :

- Une procédure relative au traitement des réclamations et,
- Une procédure relative à la médiation si le traitement de la réclamation n'a pas donné gain de cause ou satisfaction à la personne concernée.

73-1 – Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement envers la Mutuelle quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée. Elle peut émaner de toute personne, y compris en l'absence de relation contractualisée avec le professionnel : membres participants ou honoraires tels que définis à l'article 9 des présents statuts, anciens adhérents, bénéficiaires, personnes ayant sollicité de la Mutuelle la fourniture d'un produit ou service ou qui ont été sollicités par la Mutuelle, y compris ses mandataires et leurs ayants droit. Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation entrant dans le champ de la définition ci-dessus est à adresser au Service Réclamation prévu à cet effet.

Les réclamations peuvent lui être adressées comme suit :

- Par voie postale, à l'adresse suivante : MGC – Service réclamations – TSA 91347 – 75621 PARIS CEDEX 13.
- Par le site internet de la Mutuelle en se connectant sur l'espace adhérent sécurisé,
- Via l'onglet contact du site internet de la Mutuelle.

La Mutuelle dispose d'un délai de 10 jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation, pour en accuser réception par écrit, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai. Une réponse définitive est apportée à la personne concernée dans un délai de deux mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

Pour les réclamations susceptibles d'être formulées à l'oral ou par messagerie instantanée ne permettant pas à la personne concernée de disposer d'une copie datée de la réclamation, celle-ci est invité à les formaliser via les canaux ou moyens (support durable) mis à sa disposition et ci-avant rappelés. Cette formalisation ne sera pas nécessaire si la Mutuelle répond immédiatement et de façon satisfaisante à la demande en direct.

73-2 – Après épuisement des voies de recours au sein de la Mutuelle, la personne concernée peut saisir le Médiateur de la Mutualité Française :

- soit à l'adresse suivante : MONSIEUR LE MEDiateur DE LA MUTUALITE FRANÇAISE, FNMF 255 RUE DE VAUGIRARD 75719 PARIS CEDEX ;
- soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>.

En tout état de cause, la personne concernée peut également, deux mois après l'envoi de sa réclamation (quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu), saisir le médiateur.

La saisine du médiateur n'est possible qu'à la condition que le traitement de la réclamation ne fasse pas l'objet d'une action contentieuse. Pour être recevable, la saisine du médiateur doit être accompagnée des documents ou justificatifs de la réclamation auprès de la Mutuelle.

La procédure de médiation sera conduite dans le respect des dispositions en vigueur dans le Règlement de la médiation de la consommation de la Mutualité Française.

Les parties sont libres d'accepter ou de refuser la décision du Médiateur. Par ailleurs, la participation à la médiation n'exclut pas la possibilité d'un recours ultérieur devant la juridiction compétente.

TITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 74 – DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION

74-1 – En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées à l'article 28-II des présents statuts.

74-2 – L'Assemblée Générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du Conseil d'Administration.

74-3 – La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

74-4 – L'Assemblée Générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

74-5 – L'Assemblée Générale qui se prononce sur la dissolution et qui statue dans les conditions fixées à l'article 28-III des présents statuts désigne le ou les attributaires de l'actif net sur le passif. Ces attributaires sont d'autres mutuelles ou unions ou au fonds de solidarité et d'action mutualistes mentionné à l'article L.421-1 ou au fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du Code de la mutualité. A défaut de dévolution, par l'Assemblée Générale ayant prononcé la dissolution, de l'excédent de l'actif net sur le passif, celui-ci est affecté au fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du Code de la mutualité.

Patrick JUDE

Président du Conseil d'administration

Conditions Générales

MGC Santé Syntec

**Contrat collectif complémentaire « frais de santé »
à adhésion obligatoire avec options facultatives**

Applicables au 1^{er} janvier 2027

Sommaire

PRÉAMBULE.....	35
DÉFINITIONS PRÉALABLES	35
CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	36
ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT.....	36
ARTICLE 2 – DATE D'EFFET, RENOUVELLEMENT, MODIFICATION, RÉSILIATION ET NULLITÉ DU CONTRAT	36
ARTICLE 3 – BÉNÉFICIAIRES.....	37
ARTICLE 4 – DATE D'EFFET DES GARANTIES	37
ARTICLE 5 – SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL.....	37
ARTICLE 6 – CESSATION DES GARANTIES	38
ARTICLE 7 – MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE L'ARTICLE L.911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE OU « DISPOSITIF DE PORTABILITÉ DES GARANTIES »	38
ARTICLE 8 – MAINTIEN DES GARANTIES DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI « ÉVIN » N° 89-1009 DU 31 DÉCEMBRE 1989.....	38
ARTICLE 9 – COTISATIONS	38
ARTICLE 10 – PRESCRIPTION DES ACTIONS	39
ARTICLE 11 – GARANTIES OPTIONNELLES	39
CHAPITRE II – DÉFINITION DES PRESTATIONS	40
ARTICLE 12 – PRESTATIONS REMBOURSÉES.....	41
ARTICLE 13 – LIMITES DES GARANTIES ET EXCLUSIONS.....	41
ARTICLE 14 – PLAFOND DES REMBOURSEMENTS.....	41
ARTICLE 15 – DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINES GARANTIES	41
CHAPITRE III – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	42
ARTICLE 16 – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS.....	42
ARTICLE 17 – PAIEMENT DES PRESTATIONS.....	43
ARTICLE 18 – TIERS PAYANT	43
ARTICLE 19 – PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE.....	43
ARTICLE 20 – PRESTATIONS INDUES.....	43
ARTICLE 21 – RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES.....	43
CHAPITRE IV – OBLIGATIONS RÉCIPROQUES DES PARTIES.....	43
ARTICLE 22 – OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE	43
ARTICLE 23 – OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR	43
ARTICLE 24 – FONDS DE SOLIDARITÉ OLIVIER.....	43
ARTICLE 25 – DISPOSITIONS DIVERSES.....	44

PRÉAMBULE

Les présentes Conditions Générales régissent les conditions d'application au sein de la gamme « MGC SANTÉ ENTREPRISE » des garanties spécifiques « SYNTEC », conçues par la MUTUELLE pour les entreprises relevant de la Convention Collective Nationale des bureaux d'études techniques, des cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseil du 15 décembre 1987.

Il est rappelé que par accord du 7 octobre 2015, les partenaires sociaux de la branche ont institué un régime obligatoire en matière de remboursements complémentaires des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Cet accord, modifié par les avenants n°3 du 28 novembre 2019, n°4 du 3 novembre 2020, n°5 du 21 février 2023, n°6 du 14 décembre 2023, n°7 du 18 décembre 2024 et n°8 du 14 février 2025, prévoit un régime de base conventionnel et trois niveaux de régime optionnels. La mise en place des niveaux de garantie est laissée à l'initiative de l'entreprise.

DÉFINITIONS PRÉALABLES

Les termes inscrits dans le présent Contrat ont la signification suivante.

« 100% santé » : Dispositif par lequel les Adhérents et Ayants droit couverts par un Contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100% santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leurs prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% santé ». Les Contrats de complémentaire santé responsables remboursent quant à eux obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « 100% santé ». Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100% santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% santé ». Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100% santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100% santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

Depuis le 1^{er} décembre 2025, le dispositif du 100% Santé inclut la prise en charge des forfaits de location de véhicules pour personnes en situation de handicap utilisés sur le court terme (période de 3 mois qui peut être étendue de 3 mois supplémentaires, soit au maximum 6 mois de facturations consécutives sur une année glissante), inscrits à la nomenclature. Les dépassements afférents aux forfaits de location hebdomadaire et de mise à disposition sont obligatoirement pris en charge par les contrats de complémentaire santé responsables.

Il en va de même pour les dépassements de certaines prothèses capillaires (classe II), inscrites à la nomenclature, qui ont intégré le dispositif du 100% Santé au 1^{er} janvier 2026.

Actes hors Nomenclature : actes et prestations n'étant pas inscrits sur la liste des actes et des prestations pris en charge ou remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire. Ces actes sont codifiés HN.

Adhésion : lien contractuel entre la Mutuelle et le Salarié ainsi, le cas échéant, que ses Ayants droit, au titre des garanties collectives facultatives.

Affiliation : lien contractuel entre la Mutuelle et le Salarié ainsi, le cas échéant, que ses Ayants droit, au titre des garanties collectives obligatoires.

Ayant droit : Bénéficiaire des garanties prévues au présent Contrat en raison de ses liens avec le Salarié tels que précisés dans les conditions générales et le Certificat de souscription.

Base de remboursement (BR) : assiette servant de base de calcul des prestations en nature servies par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Bénéficiaires : Salarié et, le cas échéant, ses Ayants droit, bénéficiant des garanties prévues par le présent Contrat.

Certificat de souscription : stipulations du Contrat, spécifiques à la situation du Souscripteur, précisant ou dérogeant aux conditions générales.

Contrat « responsable » : Contrat d'assurance complémentaire de frais de soins de santé respectant le cahier des charges prévu aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale afin de bénéficier d'un traitement social et fiscal de faveur.

Dépassement d'Honoraires : part des Honoraires excédant la BR de l'Assurance Maladie Obligatoire. La couverture complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si le Contrat le prévoit. Dans ce cas, le niveau de remboursement est plafonné pour les médecins non adhérents à l'OPTAM (obligation Contrat responsable).

Donnée à caractère personnel : toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable. Est réputée être une « personne physique identifiable » une personne physique qui peut être identifiée, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale.

Établissements de soins de suite : l'offre de soins en Soins de suite et de réadaptation s'organise autour d'établissements polyvalents, spécialisés, et d'établissements reconnus comme experts par les agences régionales de santé pour accompagner certaines situations complexes ou activités qui nécessitent la mise à disposition de compétences et d'équipements très spécifiques. La liste complète des centres de Soins de suite et de réadaptation est mise à jour régulièrement sur l'annuaire du site sanitaire-social.com.

Forfait journalier hospitalier : participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé.

Franchises médicales : sommes forfaitaires déduites des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires, et exclues du remboursement complémentaire.

Honoraires : Il s'agit de la rémunération d'un professionnel de santé libéral.

Les Honoraires peuvent être perçus dans un établissement hospitalier (en clinique ou dans le cadre du secteur privé à l'hôpital) ou dans un cabinet. Les Honoraires médicaux (perçus par les médecins) se distinguent des Honoraires paramédicaux (perçus par les professionnels paramédicaux).

Honoraire limite de facturation (HLF) : montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour un acte donné.

Honoraires médicaux : Honoraires dus aux professionnels de santé (généralistes, spécialistes et radiologues) pour les consultations, visites et actes techniques médicaux hors hospitalisation.

Honoraires paramédicaux : Honoraires dus aux auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...).

Lentilles (ou Lentilles de contact) : les Lentilles de contact sont des prothèses optiques posées sur la cornée. L'Assurance Maladie Obligatoire ne rembourse les Lentilles de contact que pour certains défauts visuels. S'agissant des Lentilles non remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire, seules les Lentilles correctrices et/ou thérapeutiques sont remboursées par la Mutuelle.

Liste des produits et prestations (LPP) : Liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie définie à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale et faisant partie de la Nomenclature.

Médecin traitant : médecin déclaré comme tel auprès de l'Assurance Maladie Obligatoire par tout assuré de plus de 16 ans, ou par ses représentants légaux lorsque l'assuré est âgé de moins de 16 ans.

Membre participant : Salarié du Souscripteur couvert au titre du Contrat.

Mutuelle : désigne la Mutuelle Générale des Cheminots (MGC), Mutuelle régie par le code de la Mutualité et soumise aux dispositions de son livre II.

Nomenclature : les Nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire. Elles définissent également les conditions de leur remboursement.

Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et OPTAM-ACO : dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention médicale et visant à encadrer les Dépassements d'Honoraires dans le but d'améliorer l'accès aux soins des patients.

Si le Contrat propose la prise en charge des Dépassements d'Honoraires des médecins non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-ACO) prévu par la convention nationale médicale, cette prise en charge est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

- la prise en charge du dépassement ne peut pas excéder un montant égal à 100% du tarif opposable ;
- elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même Contrat pour les Dépassements d'Honoraires de médecins qui adhèrent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-ACO), en respectant une différence au moins égale à 20% du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensé par le médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée).

Parcours de soins coordonnés : c'est le circuit que les patients doivent suivre pour être pris en charge médicalement de façon personnalisée. Organisé autour du Médecin traitant, il concerne tous les assurés de l'Assurance Maladie Obligatoire et leurs Ayants droit de moins de 16 ans.

Portabilité : maintien à titre gratuit du bénéfice des garanties collectives en vigueur dans l'entreprise au profit d'un ancien Salarié et, le cas échéant, de ses Ayants droit, en cas de cessation de son Contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, conformément à l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale.

Prix limite de vente (PLV) : le Prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente aux Adhérents et à leurs Ayants droit. A défaut de fixation d'un Prix limite de vente, le prix est libre.

La Base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la Liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire est assortie d'un Prix limite de vente.

S'agissant des médicaments pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de Prix limite de vente.

Les aides auditives, les lunettes, les prothèses capillaires et les véhicules pour personnes en situation de handicap retenus dans les paniers « à prise en charge renforcée » ont des prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les Adhérents et leurs Ayants droit puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

Salarié : Salarié appartenant à la catégorie de personnel définie au Certificat de souscription.

Soins de suite et de réadaptation (SSR) : soins ayant vocation à prévenir ou à réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et à promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Les missions principales des SSR sont la rééducation d'un organe lésé en vue de sa restitution intégrale ou optimale, la réadaptation du patient pour lui permettre de s'adapter au mieux à ses limitations et le recouvrement maximal des conditions de vie de ce patient avant son séjour hospitalier.

Souscripteur : personne morale souscrivant le Contrat au profit d'une catégorie de personnel définie dans le Certificat de souscription.

Support durable : tout instrument offrant la possibilité aux parties de stocker des informations qui leur sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

Ticket modérateur : participation des assurés non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie égale à la différence entre la BR et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire, avant déduction d'une éventuelle participation forfaitaire ou franchise.

Tiers payant : dispense d'avance de frais par le Bénéficiaire. Ces frais sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire auprès des professionnels où ils ont été engagés.

CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le présent Contrat est un Contrat d'assurance collective complémentaire à Adhésion obligatoire, au sens du 2° du III de l'article L.221-2 du code de la mutualité, satisfaisant aux conditions des Contrats responsables, souscrit par le Souscripteur, conformément aux dispositions prévues par les articles L.911-1 et suivants du code de la sécurité sociale, auprès de la Mutuelle, au profit de l'ensemble des Bénéficiaires définis à l'article 3 des présentes conditions générales et au Certificat de souscription, afin de les garantir au titre des risques « frais de santé et assistance ».

Conformément aux dispositions prévues par l'accord du 7 octobre 2015, modifié par les avenants n°3 du 28 novembre 2019, n°4 du 3 novembre 2020 n°5 du 21 février 2023, n°6 du 14 décembre 2023, n°7 du 18 décembre 2024 et n° 8 du 14 février 2025, applicable aux entreprises relevant de la Convention collective nationale des bureaux d'études techniques, des cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseil du 15 décembre 1987, le Souscripteur souscrit trois formules de garanties optionnelles à Adhésion facultative.

Les garanties souscrites permettent au Membre participant et à ses Ayants droit d'obtenir, en complément des prestations en nature versées par la Sécurité sociale, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux et chirurgicaux, liés à un accident, une maladie ou à la maternité, qu'ils ont exposés, dans la limite des garanties et des niveaux définis au tableau des garanties.

Le présent Contrat a pour objet de déterminer les conditions dans lesquelles la Mutuelle garantit les

Bénéficiaires au titre des risques « frais de santé » et « assistance ».

Le présent Contrat est régi par la loi française et notamment par le code de la mutualité.

Le présent Contrat se compose de deux parties indissociables :

- les conditions générales ;
- le Certificat de souscription qui précise notamment :
 - la date d'effet du Contrat ;
 - la définition de la catégorie de personnel assurée ;
 - le caractère facultatif ou obligatoire de la couverture des Ayants droit ;
 - la nature et le montant des garanties ;
 - le cas échéant, les garanties optionnelles à Adhésion facultative choisies par le Souscripteur ;
 - le montant et la structure de cotisations.

Les dispositions prévues dans les présentes conditions générales s'appliquent de plein droit, sous réserve des dispositions précisées dans le Certificat de souscription.

ARTICLE 2 – DATE D'EFFET, RENOUVELLEMENT, MODIFICATION, RÉSILIATION ET NULLITÉ DU CONTRAT

ARTICLE 2.1 – DATE D'EFFET ET DURÉE

Le Contrat est conclu par le Souscripteur, à partir de sa date d'effet, coïncidant en principe au 1^{er} jour du mois (pour tout dossier de souscription reçu en cours de mois), sauf disposition contraire prévue au Certificat de souscription. Il vient à échéance le 31 décembre de l'année de sa prise d'effet.

ARTICLE 2.2 – RENOUVELLEMENT

Il est renouvelé par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation du Contrat dans les conditions prévues à l'article 2.4 des conditions générales.

ARTICLE 2.3 – MODIFICATION DU CONTRAT

En cas de modification du Contrat, la Mutuelle notifiera au Souscripteur les évolutions envisagées ainsi que les présentes conditions générales mises à jour, le cas échéant, au plus tard, trois mois avant leur date d'entrée en vigueur. Le Souscripteur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit ces propositions. Les modifications seront par conséquent réputées acceptées à défaut d'opposition du Souscripteur. En cas de désaccord sur les propositions de modifications formulé expressément par le Souscripteur, le Contrat sera résilié de plein droit. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt 1 mois après l'expiration du délai précité de 30 jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des Membres participants par le Souscripteur.

Conformément à l'article L.221-6 du code de la mutualité, lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres participants, **le Souscripteur est également tenu d'informer chaque Bénéficiaire en lui remettant une notice établie à cet effet par la Mutuelle.**

La charge de la preuve de la remise de la notice modifiée aux Membres participants incombe au Souscripteur. La Mutuelle ne pourra être tenue pour responsable de l'absence de transmission de la notice aux Membres participants par le Souscripteur.

ARTICLE 2.4 – RÉSILIATION ET FAUSSE DÉCLARATION

Le présent Contrat peut être résilié dans les cas suivants :

A. DATE D'ÉCHÉANCE ET RÉSILIATION INFRA ANNUELLE

- À l'échéance

Conformément à l'article L.221-10 du code de la mutualité, le Souscripteur peut résilier le Contrat, chaque année, en notifiant sa décision à la Mutuelle, au moins 2 mois avant la date d'échéance, soit le 31 octobre précédant la date de renouvellement.

La Mutuelle peut résilier le Contrat dans des conditions identiques.

La résiliation du Contrat est effective le 31 décembre de l'année de la résiliation, à minuit.

• À tout moment après la première année de souscription

Après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription, le Souscripteur peut résilier le Contrat à tout moment, en notifiant lui-même ou en faisant notifier par son nouvel assureur, sa décision à la Mutuelle. La démission prend effet un mois après la réception de cette notification.

La demande de résiliation du Contrat peut être notifiée à la Mutuelle par :

- Une lettre ou tout autre Support durable,
- Une déclaration au siège de la Mutuelle ou chez le représentant de la Mutuelle,
- Un acte extrajudiciaire,
- Tout moyen de communication à distance susceptible d'être utilisé pour la souscription d'un Contrat.

B. NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de défaut de paiement des cotisations par le Souscripteur, le Contrat peut être résilié dans les conditions prévues à l'article 9.5 des conditions générales.

Toutefois, en cas de résiliation du Contrat, la Mutuelle propose, à de nouvelles conditions tarifaires, aux Membres participants, sans condition de période probatoire, ni questionnaire médical, le maintien de la garantie frais de santé dans le cadre d'une Adhésion individuelle, à condition que l'intéressé en fasse la demande avant la fin de la date d'effet de la résiliation du Contrat.

C. MODIFICATION DE LA TARIFICATION

La Mutuelle informe le Souscripteur de toute modification du montant des cotisations au plus tard 3 mois avant la date d'échéance du Contrat ou 3 mois avant la date d'entrée en vigueur de la modification par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le refus ou l'acceptation de cette modification par le Souscripteur doit être notifié à la Mutuelle dans le mois suivant la réception de l'avis de modification des cotisations. En cas de refus de cette modification par le Souscripteur, la résiliation du Contrat prend effet à la date d'échéance, soit le 31 décembre à minuit, ou, dans le cas d'une modification intervenue en cours d'année, à la date d'entrée en vigueur prévue de ladite modification.

D. MANQUEMENT DU SOUSCRIPTEUR À SES OBLIGATIONS

En cas de manquement du Souscripteur à l'une de ses obligations découlant du Contrat, la Mutuelle se réserve le droit de résilier de plein droit le Contrat.

E. FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

Les déclarations faites par le Membre participant, servent de base à la garantie. La Mutuelle se réserve ainsi la possibilité de vérifier les données communiquées.

Conformément à l'article L.221-14 du code de la mutualité, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part d'un Membre participant, changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque, la garantie accordée au Membre participant par la Mutuelle est nulle. 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.

F. DÉFAILLANCE DU SOUSCRIPTEUR

Conformément aux articles L.221-8-1 du code de la mutualité, L.622-13 et L.641-11-1 du code de commerce, lorsque le Souscripteur fait l'objet d'une procédure de

sauvegarde, de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire, le Contrat est résilié de plein droit :

- à l'issue du délai d'un mois suivant la mise en demeure de la personne habilitée à représenter le Souscripteur dans le cadre de la procédure collective de se prononcer sur la poursuite du Contrat restée sans réponse ;
- ou à défaut de paiement des cotisations par la personne habilitée à représenter le Souscripteur dans le cadre de la procédure collective et d'accord de la Mutuelle pour poursuivre les relations contractuelles.

ARTICLE 3 – BÉNÉFICIAIRES

ARTICLE 3.1 – DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES

Le présent Contrat entraîne l'Affiliation des Salariés du Souscripteur appartenant à la catégorie de personnel définie par le Certificat de souscription.

En application de l'article 12 des Statuts de la Mutuelle, ces Salariés acquièrent la qualité de Membre participant de la Mutuelle.

Selon les dispositions de l'accord national du 7 octobre 2015 issu de la convention collective nationale des Bureaux d'études techniques, des cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseil du 15 décembre 1987, l'Affiliation du Salaré et de ses enfants à charge au sens de la sécurité sociale est obligatoire et l'Affiliation du conjoint ou assimilé, du Salaré, est facultative.

L'Affiliation du Salaré entraîne l'Affiliation de ses enfants à charge, selon les modalités prévues par le Certificat de souscription, conformément aux dispositions de l'accord national du 7 octobre 2015 précité.

Est considéré comme conjoint du Salaré :

- le conjoint du Salaré, marié et non séparé ;
- à défaut, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) conformément à l'article 515-1 du code civil ;
- à défaut, le concubin du Salaré, sous réserve que le concubin et le Salaré vivent en couple au sens de l'article 515-8 du code civil depuis au moins deux ans ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union, soient tous les deux libres de tout engagement, et que le concubinage fasse l'objet d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins.

Sont considérés comme Enfants à charge du Salaré, sous réserve d'apporter annuellement tout justificatif de leur situation :

- les enfants jusqu'à leur 18^e anniversaire (sans justificatif) ;
- les enfants jusqu'à leur 21^e anniversaire :
 - s'ils poursuivent des études ;
 - s'ils sont en Contrat d'apprentissage et qu'il s'agit de leur premier Contrat ou s'ils exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55% du SMIC, et qu'ils vivent sous le même toit que le Salaré ;
 - s'ils sont à la recherche d'un premier emploi, inscrits à ce titre à France Travail ;
- les enfants jusqu'à leur 28^e anniversaire s'ils poursuivent des études et sont affiliés à un régime obligatoire de sécurité sociale ;
- les enfants quel que soit leur âge s'ils sont atteints d'un handicap les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle et de percevoir un salaire imposable.

Tous les Bénéficiaires doivent être affiliés au régime général de la sécurité sociale ou assimilé.

ARTICLE 3.2 – MODALITÉS D'AFFILIATION

Les Salariés doivent remplir un bulletin d'Affiliation afin de pouvoir bénéficier des garanties du Contrat. Ce bulletin d'Affiliation dûment complété et signé par le Salaré est accompagné des pièces justificatives suivantes :

- une copie d'une pièce justificative d'identité en cours

de validité (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour) ;

- une attestation de droit justifiant de l'Affiliation du Salaré à l'Assurance Maladie Obligatoire,
- un relevé d'identité bancaire au format IBAN pour le versement des prestations.

Le Salaré inscrit ses Ayants droit sur le bulletin d'Affiliation et joint, le cas échéant, les pièces justificatives suivantes :

- une attestation de droit justifiant de l'Affiliation du ou des Ayants droit à l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- s'agissant du conjoint : une copie du livret de famille ;
- s'agissant du partenaire de PACS : une attestation d'engagement dans les liens d'un PACS ;
- s'agissant du concubin : un certificat de vie commune ou, à défaut, une attestation sur l'honneur de vie commune ;
- s'agissant des enfants âgés de 18 à 21 ans révolus vivant sous son toit, titulaires d'un Contrat d'apprentissage, ou exerçant une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55% du SMIC ou à la recherche d'un premier emploi, inscrits à ce titre à France Travail : un justificatif de scolarité ou un certificat d'apprentissage ou une copie du Contrat de formation en alternance ou une copie du certificat d'inscription à France Travail ainsi qu'une attestation sur l'honneur de rattachement fiscal ou une attestation sur l'honneur d'hébergement de l'enfant majeur ;
- s'agissant des enfants âgés de 18 à 28 ans révolus vivant sous son toit et poursuivant des études : un justificatif de scolarité ainsi qu'une attestation sur l'honneur d'hébergement de l'enfant majeur ;
- s'agissant des enfants handicapés, un justificatif de perception de l'allocation pour personnes handicapées, une copie de la carte d'invalidité ou une attestation CDAPH.

Concernant les enfants, ces justificatifs sont renouvelés tous les ans.

En tout état de cause, la Mutuelle doit recevoir le dossier d'Affiliation du Salaré dans un délai de 30 jours suivant la date d'effet du Contrat ou, le cas échéant, la date de l'entrée en fonction du Salaré.

Lorsque l'Adhésion des Ayants droit est facultative, le Salaré peut modifier l'identification de ces derniers :

- chaque 1^{er} janvier sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre de l'année précédente ;
- à l'occasion d'une naissance ;
- cas de changement de situation familiale.

En cas d'Affiliation d'un Ayant droit Bénéficiaire du Salaré postérieurement à sa propre Affiliation, la date d'effet de son Affiliation intervient le 1^{er} jour suivant la date de signature du bulletin d'Adhésion modificatif, sous réserve que celui-ci parvienne complété et signé à la Mutuelle dans les 10 jours suivant cette date, à l'exception de l'inscription d'un nouveau-né, qui intervient au jour de naissance ou de l'adoption si l'Affiliation est réalisée dans les 30 jours suivant cet événement.

L'enregistrement de l'Affiliation est notifié par la Mutuelle.

ARTICLE 3.3 – MISE À JOUR DES INFORMATIONS

Toute modification de la situation du Membre participant ou, le cas échéant, de celle de ses Ayants droit, de quelque nature qu'elle soit (par exemple : changement des coordonnées bancaires, de domicile, de caisse d'Assurance Maladie Obligatoire ou de régime de sécurité sociale, modification de la composition familiale etc.) doit être notifiée dans les meilleurs délais à la Mutuelle par le Membre participant.

ARTICLE 3.4 – MODALITÉS DE RADIATION D'UN AYANT DROIT BÉNÉFICIAIRE

L'Affiliation des Ayants droit cesse en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- en cas de décès de l'Ayant droit, la radiation prend alors effet à la date du décès. La demande de radiation doit être accompagnée de l'extrait de l'acte de décès.

• en cas de perte de la qualité d'Ayant droit au regard de la définition prévue au présent article, la radiation prend alors effet au jour où l'Ayant droit a perdu cette qualité.

• en cas de bénéfice d'un régime collectif complémentaire santé à Adhésion obligatoire en qualité de Salaré, la radiation prend alors effet au 1^{er} jour du mois suivant la déclaration de l'événement adressée à la Mutuelle, accompagnée d'une attestation de l'employeur exposant notamment la nature des garanties, leur caractère obligatoire, la date d'effet de l'Adhésion du Salaré.

• en cas de bénéfice du dispositif de protection complémentaire en matière de santé (« complémentaire santé solidaire »), la radiation prend alors effet à compter de la date d'ouverture des droits à la « complémentaire santé solidaire ».

En cas d'Affiliation facultative des Ayants droit, le Membre participant peut demander à la Mutuelle par lettre recommandée, ou envoi recommandé électronique, avec accusé de réception la radiation de son ou ses Ayants droit au 31 décembre de l'année en cours, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.

En tout état de cause, la cotisation est due jusqu'à la date de radiation effective de l'Ayant droit.

ARTICLE 4 – DATE D'EFFET DES GARANTIES

Le Contrat entraîne l'Affiliation, à titre obligatoire, de chaque Salaré appartenant à la catégorie de personnel définie dans le Certificat de souscription, et, le cas échéant, de ses enfants à charge, à la garantie souscrite par le Souscripteur, sous réserve :

- qu'il remplisse les conditions fixées par l'acte instituant le régime de protection sociale complémentaire au sein de l'entreprise ;
- des dispenses d'Affiliation d'ordre public ou de celles inscrites dans l'acte juridique instituant le régime.

Sous réserve du respect des conditions susvisées, l'Affiliation du Salaré prend effet :

- soit à la date de prise d'effet du présent Contrat lorsqu'il figure à cette date dans les effectifs de la catégorie de personnel définie dans le Certificat de souscription ;
- soit à sa date d'embauche ou d'entrée dans la catégorie de personnel si elle est postérieure à la date d'effet du présent Contrat sous réserve d'avoir été déclaré à la Mutuelle dans les trente (30) jours de ladite date d'entrée ou d'embauche.

ARTICLE 5 – SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

ARTICLE 5.1 – MAINTIEN DES GARANTIES

Les garanties sont maintenues, moyennant le paiement des cotisations par l'employeur et le Salaré lorsque ce dernier se trouve en situation de :

- congé de maternité, et d'adoption,
- congé de paternité,
- maladie ou accident du travail, accident de trajet, toute autre cause ouvrant droit à maintien total ou partiel de salaire par le Souscripteur ou à indemnités journalières de sécurité sociale et/ou complémentaires qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, ou à un revenu de remplacement versé par l'employeur,
- invalidité ouvrant droit au versement d'une pension d'invalidité au titre du régime de prévoyance.

ARTICLE 5.2 – SUSPENSION DES GARANTIES

Les garanties sont suspendues lorsque la suspension du Contrat de travail du Salaré n'ouvre pas ou plus droit à maintien de salaire ou indemnisation de la part de l'employeur (y compris versée par l'intermédiaire d'un tiers) et notamment dans l'une des situations suivantes :

- congé sans solde d'une durée supérieure ou égale à un mois ;

- congé sabbatique (articles L.3142-91 et suivants du Code du travail) ;
- congé parental d'éducation (articles L.1225-47 et suivants du Code du travail) ;
- congé pour création d'entreprise (articles L.3142-78 et suivants du Code du travail) ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation, de captivité.

La suspension des garanties intervient à la date de la suspension de l'activité professionnelle dans l'entreprise souscriptrice et s'achève :

- dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré,
- dès qu'il se trouve dans une des situations justifiant le maintien des garanties définies ci-dessus, sous réserve que la Mutuelle en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la période de suspension des garanties prend fin à la date où la Mutuelle est informée de la reprise effective du travail du Salarié.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du Salarié, ni aucune prestation.

Le Salarié pourra, sur simple demande écrite auprès de la Mutuelle, continuer à adhérer au régime pendant la période de suspension de son Contrat de travail sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale), sous réserve que la demande parvienne à la Mutuelle dans le délai d'un mois suivant l'évènement.

En tout état de cause, la Mutuelle peut proposer toute offre complémentaire « frais de santé » répondant aux besoins exprimés par les intéressés.

Lorsque le Salarié bénéficie du maintien à titre individuel des garanties collectives ou qu'il bénéficie d'un autre Contrat complémentaire « frais de santé » proposé par la Mutuelle pendant la durée de la suspension non indemnisée de son Contrat de travail, il signe à titre individuel un bulletin d'Adhésion.

ARTICLE 6 – CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent de plein droit :

- à la date de résiliation du présent Contrat ;
- en cas de rupture du Contrat de travail du Membre participant sous réserve, le cas échéant, des dispositions de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale relatif au dispositif de Portabilité ;
- lorsque le Membre participant ne relève plus de la catégorie de personnel définie par le Certificat de souscription ;
- à la date du décès du Salarié figurant sur l'acte de décès transmis à la Mutuelle.

Les garanties cessent le dernier jour du mois au cours duquel survient l'évènement, à minuit, à l'exception du décès du Membre participant.

La cessation des droits du Membre participant entraîne automatiquement la cessation de ceux de ses Ayants droit. Le droit aux prestations cesse à la date de la résiliation des garanties, sauf en ce qui concerne les prestations acquises avant la date d'effet de la résiliation des garanties.

En cas de cessation des garanties en cours de mois, la cotisation n'est due que pour la période durant laquelle le risque a couru.

ARTICLE 7 – MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE L'ARTICLE L.911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE OU « DISPOSITIF DE PORTABILITÉ DES GARANTIES »

En cas de cessation de son Contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, le Membre participant bénéficie du maintien à titre gratuit des garanties afférentes au Contrat, conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Le coût de ce maintien à titre gratuit est intégré à la tarification du présent Contrat et est ainsi mutualisé.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du Contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier Contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers Contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le Souscripteur.

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien Salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise.

En conséquence, toute évolution du régime dont l'ancien Salarié relève, postérieure à sa sortie des effectifs du Souscripteur, lui est opposable.

Les Ayants droit du Salarié qui bénéficient effectivement des garanties du Contrat à la date de la cessation de son Contrat de travail, sont également admis au bénéfice du maintien des garanties aux conditions susvisées.

L'ancien Salarié justifie de l'ensemble de ces conditions auprès de la Mutuelle, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties. L'ancien Salarié doit pour cela lui adresser une copie de l'avis de prise en charge « allocation de retour à l'emploi » et tout relevé de situation faisant apparaître le montant journalier de l'ARE et le point de départ de son versement.

Le Souscripteur est tenu :

- d'informer la Mutuelle de la cessation du Contrat de travail du Salarié ;
- d'informer le Salarié de ses droits à maintien dans son certificat de travail.

Cette information relève de la seule responsabilité pleine et entière du Souscripteur.

ARTICLE 8 – MAINTIEN DES GARANTIES DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI « ÉVIN » N° 89-1009 DU 31 DÉCEMBRE 1989

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi « Évin », la Mutuelle adresse une proposition de maintien de la couverture, sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaires médicaux :

- aux 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, dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation de leur Contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties dans le cadre de la Portabilité ;
- aux personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, dans le délai de 2 mois à compter du décès.

La Mutuelle doit recevoir la demande de maintien dans les 6 mois suivant, selon les circonstances :

- la date de cessation du Contrat de travail,
- le terme de la période de Portabilité

ou

- le décès du Salarié.

La garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

Les tarifs applicables en cas de maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi « Évin » ne pourront être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux Salariés actifs selon les conditions et modalités définies par décret.

ARTICLE 9 – COTISATIONS

La tarification du présent Contrat est établie sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de sa conclusion.

ARTICLE 9.1 – STRUCTURE DE COTISATIONS

Le Souscripteur a le choix entre deux structures de cotisations :

- « isolé / Salarié + enfants / conjoint », la cotisation « isolé » couvrant le Salarié, la cotisation « Salarié + enfants » couvrant le Salarié et ses Enfants à charge tels que définis à l'article 3.1 des présentes Conditions générales, la cotisation « conjoint » couvrant le conjoint tel que défini à l'article 3.1 des présentes conditions générales ;
- « isolé / famille », le Salarié ne disposant d'aucun Ayant droit, ou dont le ou les Ayant(s) droit sont couverts au titre d'un autre régime s'acquittent d'une cotisation « isolé ». Le Salarié disposant d'un ou plusieurs Ayant(s) droit s'acquittent d'une cotisation « famille ».

Le choix de la structure de cotisations s'applique de manière identique au régime obligatoire et aux garanties optionnelles facultatives.

Une fois la structure de cotisation ainsi choisie, le Souscripteur peut également décider que l'Affiliation des Ayants droit ainsi visés soit obligatoire ou facultative.

Si l'entreprise a choisi l'Affiliation obligatoire des Ayants droit, le Salarié doit affilier tous ses Ayants droit en fonction de sa situation familiale exacte.

ARTICLE 9.2 – MONTANT DES COTISATIONS

Le montant des cotisations figure au Certificat de souscription du Contrat.

Les montants des cotisations incluent les taxes applicables aux taux en vigueur au jour de la prise d'effet du présent Contrat. Elles sont toujours à la charge de celui qui acquitte la cotisation de manière à ce que la Mutuelle n'ait jamais à les supporter.

ARTICLE 9.3 – RAPPORT « PRESTATIONS / COTISATIONS » ET FRAIS DE GESTION

Conformément à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, la Mutuelle communique avant la souscription puis annuellement, au Souscripteur :

- le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties ;
- le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant total des frais de gestion au titre de ces mêmes garanties et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties ainsi que la composition de ces frais de gestion.

Ces rapports ainsi que le montant et la composition des frais de gestion sont communiqués annuellement dans le compte de résultats.

ARTICLE 9.4 – PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est payable à terme échu pour le Souscripteur, dans les 10 jours suivant l'échéance.

La répartition des cotisations entre le Souscripteur et les Salariés est fixée par l'acte de mise en place du régime de protection sociale au sein de l'entreprise. Toutefois, le Souscripteur est seul responsable du paiement des cotisations vis-à-vis de la Mutuelle, y compris la part salariale précomptée sur le salaire du Membre participant. À ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à la Mutuelle, aux différentes échéances prévues, conformément à l'appel de cotisations.

Les paiements sont établis par le Souscripteur par mandat de prélèvement SEPA. À titre exceptionnel, tout autre mode de paiement des cotisations (virement, chèque, etc.) peut être accepté.

Chaque paiement doit être accompagné de l'appel de cotisation émis par la Mutuelle et éventuellement modifié par le Souscripteur, indiquant :

- l'effectif des Salariés sur la période concernée ;
- les éléments correspondant à la base de calcul des cotisations pour cette même période.

La Mutuelle procède aux ajustements de cotisations éventuellement nécessaires, sur la base des données de la déclaration sociale nominative (DSN) communiquées par le Souscripteur.

ARTICLE 9.5 – NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

Conformément à l'article L.221-8 du code de la mutualité, lorsque le Souscripteur assure le précompte de la cotisation, une mise en demeure est adressée au Souscripteur en cas de défaut de paiement d'une cotisation échue depuis plus de 10 jours. Cette mise en demeure est adressée au plus tôt 10 jours après l'identification de l'impayé, indépendamment du droit pour la Mutuelle d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur et de poursuivre en justice l'exécution du Contrat collectif. En cas de non-paiement au terme d'un délai de 30 jours après l'envoi de ce courrier, la garantie est suspendue.

Le Membre participant est informé qu'à l'expiration du délai, le défaut de paiement de la cotisation par le Souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du présent contrat, sauf s'il entend se substituer au Souscripteur pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle peut procéder à la résiliation du présent contrat 10 jours après la suspension de la garantie. La résiliation du présent Contrat entraîne la résiliation des garanties dont les Membres participants bénéficiaient au titre du Contrat.

Le Contrat non-résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement les frais de poursuite et de recouvrement.

En tout état de cause, en cas de persistance de l'impayé, la Mutuelle se réserve le droit de recouvrer sa créance, par toute voie de droit.

ARTICLE 9.6 – RÉVISION DES COTISATIONS

Les cotisations mentionnées au Certificat de souscription peuvent être révisées au 1^{er} janvier de chaque exercice civil notamment en fonction des évolutions de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et de l'équilibre technique (rapport prestations/cotisations) du Contrat.

La Mutuelle est tenue de notifier au Souscripteur la demande d'augmentation des cotisations justifiée par les résultats présentés dans les comptes de résultat au plus tard le 31 août de l'exercice précédent la prise d'effet de l'augmentation.

La tarification sera révisée conformément aux dispositions de l'article 2.3 des conditions générales.

ARTICLE 10 – PRESCRIPTION DES ACTIONS

Conformément à l'article L.221-11 du code de la mutualité, toutes actions dérivant des opérations mentionnées au présent Contrat sont prescrites dans le délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action du Souscripteur, du Membre participant ou de l'Ayant droit Bénéficiaire contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre participant ou l'Ayant droit Bénéficiaire ou a été indemnisé par celui-ci.

Conformément à l'article L.221-12 du code de la mutualité, la prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription suivantes : impossibilité d'agir, minorité, recours à la médiation, à la conciliation, à la procédure participative,

mesure d'instruction, action de groupe, demande en justice, mesure d'exécution forcée, mesure conservatoire, reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée, ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressé par la Mutuelle au Souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le Membre participant ou, le cas échéant, l'Ayant droit Bénéficiaire, à la Mutuelle, en ce qui concerne le paiement de la prestation.

ARTICLE 11 – GARANTIES OPTIONNELLES

Ces garanties sont régies par les mêmes règles que les garanties obligatoires, sous réserve des articles ci-dessous (articles 11.1 à 11.4).

ARTICLE 11.1 – MODALITÉS D'ADHÉSION DES SALARIÉS À UNE GARANTIE OPTIONNELLE

Chaque Membre participant affilié au Contrat à titre obligatoire peut, avec ses Ayants droit, adhérer, à titre facultatif, par la signature d'un bulletin d'Adhésion, à une formule de garanties optionnelle choisie le cas échéant par le Souscripteur.

L'Adhésion prend effet au 1^{er} jour du troisième mois suivant la réception par la Mutuelle du bulletin d'Adhésion dûment complété et signé, et accompagné de toutes les pièces justificatives.

Par exception, lorsque l'Adhésion aux garanties optionnelles est concomitante à celle de l'Affiliation au régime obligatoire, elle prend effet au même moment que la prise d'effet de ladite Affiliation.

L'Adhésion prend effet à la date indiquée au bulletin d'Adhésion. Elle est souscrite pour une durée de douze mois minimums et vient à échéance le 31 décembre de l'année au cours de laquelle cette durée minimum est atteinte.

Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année. Le changement de niveau de garantie optionnelle facultative prend effet suivant l'expiration d'un délai de prévenance de deux mois à compter de la réception de la demande par la Mutuelle.

En tout état de cause, tout changement de niveau de garantie optionnelle emporte à compter de sa prise d'effet renonciation au droit de formuler une nouvelle demande de changement de niveau de garantie optionnelle pour une durée minimale d'une année, sauf événements exceptionnels et fait redémarrer le délai d'un an pour bénéficier du droit à résiliation à tout moment de cette option.

ARTICLE 11.2 – CESSATION DES GARANTIES OPTIONNELLES

• À l'échéance

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la Mutualité, le Membre participant peut mettre fin à son Adhésion tous les ans en notifiant sa décision à la Mutuelle au moins 2 mois avant la date d'échéance.

• À tout moment après la première année de souscription

Après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription, le Membre participant peut résilier son Adhésion à tout moment, en notifiant lui-même ou en faisant notifier par son nouvel assureur, sa décision à la Mutuelle. La résiliation prend effet un mois après la réception de cette notification.

• En cas de modification des droits et obligations des Membres participants

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres participants, tout Membre participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice d'information, dénoncer son Adhésion en raison de ces modifications.

En tout état de cause, la demande de résiliation du Contrat à l'exception de celle envoyée par l'organisme prenant, peut être notifiée à la Mutuelle par :

- Une lettre ou tout autre Support durable,
- Une déclaration au siège de la Mutuelle ou chez le représentant de la Mutuelle,
- Un acte extrajudiciaire,
- Tout moyen de communication à distance susceptible d'être utilisé pour la souscription d'un Contrat.

ARTICLE 11.3 – FACULTÉ DE RENONCIATION

Conformément à l'article L.221-18 du code de la mutualité, en cas d'Adhésion réalisée dans le cadre d'une vente à distance, le Membre participant dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus, soit à compter du jour où l'Adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'Adhésion et informations si cette date est postérieure à la date de prise d'effet de l'Adhésion, pour renoncer à son Adhésion par lettre ou tout autre support durable. Le Membre participant n'a pas à justifier ses motifs ni à supporter de pénalités. Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Si le Membre participant n'a jamais reçu les informations prévues à l'article susvisé ainsi que les conditions contractuelles, le délai de renonciation expire un an et quatorze jours calendaires après l'adhésion. Si le Membre participant n'a pas été informé de son droit de renonciation, ce droit s'exerce sans limitation de durée.

Lorsque l'adhésion a été réalisée au moyen d'une interface en ligne, il peut exercer sa faculté de renonciation en utilisant la fonctionnalité en ligne prévue à cet effet sur le site internet de la Mutuelle.

En cas de renonciation, la garantie est résiliée à compter de la date d'effet de l'Adhésion et les dispositions suivantes s'appliquent :

- si des prestations ont été versées, le Membre participant s'engage à rembourser la Mutuelle des montants perçus dans un délai de trente jours ;
- si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle les rembourse au Membre participant dans un délai de trente jours.

Conformément à l'article L.221-18-1 du code de la mutualité, en cas d'Adhésion réalisée dans le cadre d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, le Membre participant dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'Adhésion pour renoncer à son Adhésion aux garanties optionnelles facultatives sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités par lettre recommandée, ou envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception au siège de la Mutuelle.

En cas de renonciation, l'Adhésion prend alors fin à compter de la date de réception de la lettre précitée. La Mutuelle rembourse les sommes versées par le Membre participant dans un délai de 30 jours à compter du jour où l'Adhésion prend fin, sous déduction de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, qui reste due par le Membre participant.

Le Membre participant ne peut plus exercer ce droit de renonciation lorsqu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie.

L'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si le Membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Dans les deux cas, pour exercer son droit de renonciation, le Membre participant peut utiliser le modèle ci-dessous et doit joindre, impérativement, les deux exemplaires de sa carte de Tiers payant en cours de validité :

Je soussigné(e) M... (nom, prénom, et numéro d'adhérent),
demeurant... (adresse) déclare renoncer à mon Adhésion à la garantie complémentaire santé – Formule... (nom

de la formule) souscrite auprès de la Mutuelle MGC le ... (date)

Fait, le (date) Signature

ARTICLE 11.4 – FAUSSE DÉCLARATION NON-INTENTIONNELLE

Conformément à l'article L.221-15 du code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du Membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie a les effets suivants :

- si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'Adhésion dans le cadre du Contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le Membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, les garanties prennent 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.
- si elle n'est constatée 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.

CHAPITRE II – DÉFINITION DES PRESTATIONS

Le Contrat permet aux Membres participants de bénéficier des garanties complémentaires « frais de santé », telles que définies au Certificat de souscription. Celles-ci incluent le cas échéant une garantie « assistance ».

Conformément à l'article L.221-6 du code de la mutualité, la Mutuelle établit une notice qui définit les garanties définies au Certificat de souscription ainsi qu'au tableau des garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Cette notice est remise à chaque Membre participant par le Souscripteur.

Conformément à l'article L.862-4, II du code de la sécurité sociale, l'organisme ne recueille pas, au titre du présent Contrat, d'informations médicales auprès des Bénéficiaires, les cotisations ou primes ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des Bénéficiaires et les garanties s'inscrivent dans le cadre du Contrat « responsable » visé à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale et sont conformes au cahier des charges défini aux articles R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale. Ces garanties respectent également les obligations prévues à l'article L.911-7 du code de la sécurité sociale relatif au panier de soins minimum.

À ce titre, les garanties prennent en charge :

1. l'intégralité du Ticket modérateur défini aux deux derniers alinéas du I de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale, et à l'article R.160-5 du même code pour les actes et prestations couverts par l'Assurance Maladie Obligatoire, y compris les prestations liées à la prévention. Toutefois, cette prise en charge n'est pas obligatoire pour les cures thermales, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou à 30% ainsi que pour les spécialités et préparations homéopathiques ;
2. l'intégralité du Forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale, sans limitation de durée ;
3. les frais de soins dentaires prothétiques à hauteur :
 - pour ceux définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (panier « 100% santé »), des frais restant à la charge du Bénéficiaire après remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
 - et, en tout état de cause, d'au moins 125% de la BR ;
4. les frais de soins d'orthopédie dentofaciale à hauteur d'au moins 125% de la BR ;
5. Les équipements d'optique médicale :

Les garanties prennent en charge selon la formule

souscrite un équipement optique composé d'une monture et de deux verres, par période de deux ans. Toutefois, la prise en charge de la Mutuelle est annuelle pour les enfants de moins de 16 ans. Pour les enfants de moins de 6 ans, la prise en charge est possible au terme d'une période minimale de 6 mois uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Ce délai s'apprécie à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire. Par exception, il peut être dérogé à ces délais :

- En cas d'évolution de la vue, dans les situations limitativement énumérées par la réglementation :
 - Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + monture) sera possible à l'issue d'une période d'un an pour les Bénéficiaires de 16 ans et plus
 - Le renouvellement de la prise en charge des verres uniquement sera possible sans délai pour les Bénéficiaires de moins de 16 ans
- En cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières dont la liste est fixée par la réglementation : le renouvellement de la prise en charge des verres sera possible sans délai.

Pour les Membres participants ou Ayants droit Bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la Mutuelle prend en charge deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin), par période de deux ans sous réserve de présentation de l'ordonnance d'un ophtalmologue mentionnant l'intolérance ou contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux.

- Pour l'acquisition d'un équipement relevant du panier donnant lieu à une prise en charge renforcée par l'Assurance Maladie Obligatoire (panier 100% santé), la Mutuelle prend en charge intégralement les frais que le Membre participant ou ses Ayants droit ont exposés dans la limite des Prix limites de vente prévus par les textes en vigueur.
- Pour l'acquisition d'un équipement relevant du panier « à tarifs libres » donnant lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle prend en charge le Ticket modérateur et le cas échéant, un forfait, dont le montant figure au tableau des garanties et varie en fonction de la gamme et de la formule souscrite.

La prise en charge minimale de l'équipement optique par la Mutuelle ne peut être inférieure ou supérieure, quel que soit le niveau de garantie, aux planchers et plafonds fixés aux articles R.871-2 et D.911-1 du Code de la Sécurité sociale et s'effectue dans la limite de la dépense engagée.

À titre d'information, les planchers et plafonds, applicables par équipement, fixés aux articles susvisés s'établissent comme suit :

- 2 verres simples : 100 à 420 euros
- 1 verre simple + 1 verre complexe : 150 à 560 euros
- 2 verres complexes : 200 à 700 euros
- 1 verre simple + 1 verre très complexe : 150 à 610 euros
- 1 verre complexe + 1 verre très complexe : 200 à 750 euros
- 2 verres très complexes : 200 à 800 euros

Les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessus incluent la part des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et la participation de la Mutuelle pour l'acquisition de l'équipement.

En tout état de cause, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement optique est limitée à 100 euros.

Entrent dans la catégorie des verres simple foyer

(unifocaux sphériques ou sphéro-cylindriques), les verres dont :

- la sphère est comprise entre – 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- la sphère est comprise entre – 6,00 à 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 de dioptries ;
- la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Entrent dans la catégorie des verres complexes,

- les verres simples (unifocaux sphériques ou sphéro-cylindriques) dont :
 - la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ;
 - la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est supérieure à 6,00 dioptries ;
- les verres multifocaux ou progressifs (sphériques ou sphéro-cylindriques) dont :
 - la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries ;
 - la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Entrent dans la catégorie des verres très complexes, les verres multifocaux ou progressifs dont :

- la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est supérieure à 8,00 dioptries.

Il est possible de combiner les verres, relevant d'un même panier (« 100% santé » ou « tarifs libres »), de la façon suivante : 2 verres simples ; 2 verres complexes ; 2 verres très complexes ; 1 verre simple + 1 verre complexe ; ou 1 verre simple + 1 verre très complexe ; ou 1 verre complexe + 1 verre très complexe.

6. la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la LPP ;

7. le cas échéant, les Dépassements d'Honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-ACO) prévus par la convention médicale dans les conditions cumulatives suivantes :

- la prise en charge des Dépassements d'Honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un de ces dispositifs ne peut excéder 100% du tarif de responsabilité ;
- la prise en charge des Dépassements d'Honoraires ne peut excéder la prise en charge des Dépassements d'Honoraires de médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, minorée de 20% du tarif de responsabilité ;

8. les dispositifs médicaux d'aide auditive à hauteur :

- des frais restant à la charge du Bénéficiaire après remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire pour les dispositifs appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale (panier « 100% santé ») ;
- au maximum de 1700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et le Ticket modérateur, pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre

ans à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire dans les conditions précisées par la LPP.

9. l'intégralité du ticket modérateur sur les consultations et actes externes des établissements de santé conventionnés ou non ;

10. les prothèses capillaires à hauteur :

> a minima du ticket modérateur sauf prise en charge intégrale de la base de remboursement par l'AMO et selon le pourcentage prévu aux tableaux des garanties ;

> des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les prothèses capillaires appartenant à une classe faisant l'objet d'une prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1.

11. les véhicules pour personnes en situation de handicap à hauteur :

> a minima du ticket modérateur sauf prise en charge intégrale de la base de remboursement par l'AMO et selon le pourcentage prévu aux tableaux des garanties ;

> des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour des véhicules destinés à des personnes en situation de handicap inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et faisant l'objet d'une prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1.

Les garanties du Contrat sont révisées, selon les modalités prévues à l'article 2.3 des conditions générales, en cas d'évolution de la législation et réglementation de l'assurance maladie.

ARTICLE 12 – PRESTATIONS REMBOURSÉES

Les frais de santé concernés par la garantie sont ceux occasionnés par des soins reçus en France, sous réserve des dispositions de l'article 15.7 « FRAIS DE SOINS À L'ÉTRANGER ».

Sont couverts tous les actes et frais courant sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé de l'Assurance Maladie Obligatoire au titre de la législation « maladie », « accidents » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en charge par cette dernière mais expressément mentionnés au tableau de garanties.

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la Base de remboursement et incluent le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Les garanties des options facultatives incluent les remboursements au titre des garanties obligatoires.

Sauf exceptions expressément stipulées, les prestations prévues au titre des garanties, visées dans le Certificat de souscription, prennent effet à compter de la date d'Affiliation des Bénéficiaires.

ARTICLE 13 – LIMITES DES GARANTIES ET EXCLUSIONS

Conformément à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale et à ses textes réglementaires d'application, définissant les conditions du Contrat « responsable », ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- la participation forfaitaire et les Franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13, II et III du code de la sécurité sociale ;
- la majoration de participation de l'assuré visée à l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale en cas de non-respect du Parcours de soins coordonnés ainsi qu'à l'article L.1111-15 du code de la santé publique ;
- la prise en charge des Dépassements d'Honoraires sur le tarif des actes et consultations visés à l'article L.162-5, 18° du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement

autorisé sur les actes cliniques ;

- la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L.322-5 du code de la sécurité sociale pour refus de transport partagé.

Sauf mention contraire figurant dans le tableau des garanties, sont également exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- les frais engagés hors de France, sauf en cas de prise en charge de ces frais par l'Assurance Maladie Obligatoire française. Dans ce cas, la prise en charge par la Mutuelle sera limitée au Ticket modérateur ;
- les Actes hors Nomenclature ;
- les soins résultant d'une cause non liée directement à une maladie ou un accident et non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, tels que les cures de rajeunissements, les traitements esthétiques, la transformation sexuelle, les cures d'amaigrissement ou de désintoxication ainsi que leurs suites ;
- les séjours et frais au sein d'établissements médico-sociaux (par exemple : les maisons d'accueil spécialisées et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et en tout état de cause, les frais de séjour au titre d'hospitalisation (par exemple : médecine, chirurgie, Soins de suite et de réadaptation, psychiatrie, etc.) non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- les soins et les frais engagés au titre d'une cure thermale même prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- les actes de parodontologie non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- les soins dispensés en unité ou centre de long séjour tels que visés aux articles L.174-5 et suivants du code de la sécurité sociale.

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

ARTICLE 14 – PLAFOND DES REMBOURSEMENTS

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 du Bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par les articles L.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale.

Les plafonds de remboursement sont fixés pour une année civile, sauf dispositions particulières.

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.

ARTICLE 15 – DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINES GARANTIES

ARTICLE 15.1 – HOSPITALISATION

La garantie couvre l'intégralité du Ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, y compris :

- la participation forfaitaire prévue à l'article R.160-16 du code de la sécurité sociale ;
- la participation forfaitaire prévue à l'article L.160-13 du code de la sécurité sociale en cas de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation ;
- les frais de séjour hospitaliers : la Mutuelle verse le Ticket modérateur, pour les frais de séjours, en cas d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, au sein d'un établissement de santé ;
- les séjours en établissements non conventionnés : la Base de remboursement retenue par la Mutuelle sera

celle déclarée par l'Assurance Maladie Obligatoire sur la base des tarifs en vigueur ;

- les honoraires : Honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux afférents aux soins dispensés au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé.

Les Dépassements d'Honoraires pour les actes et consultations des médecins sont pris en charge par la Mutuelle, de façon globale lors de l'hospitalisation, dans les conditions prévues par la garantie, telles que définies au tableau de garantie, en opérant une différenciation et un plafonnement des remboursements selon que les médecins sont ou non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-ACO).

- la participation forfaitaire pour actes lourds : elle correspond à la participation ci-dessus rappelée, et prévue au I de l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale. Il s'agit d'un Ticket modérateur forfaitaire à la charge de l'assuré sur certains actes.

Cette participation forfaitaire s'applique sur les actes pratiqués, en ville ou en établissement de santé, dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros, ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'Assurance Maladie Obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60.

Depuis le 1^{er} avril 2026, le montant de cette participation est de 32 euros. Cette participation forfaitaire est intégralement prise en charge par la Mutuelle, sauf dans le cas où elle est remboursée par le régime obligatoire.

- le forfait journalier des établissements de santé (hors établissements médico-sociaux et longs séjours) : le forfait journalier des établissements de santé est pris en charge sans limitation de durée, quelle que soit la nature de l'hospitalisation (médecine, chirurgie, psychiatrie, Soins de suite et de réadaptation), sous réserve que cette dernière soit prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- la chambre particulière en établissements de santé (hors établissements médico-sociaux et longs séjours) : les dépenses afférentes à la chambre particulière dans les établissements de santé, sont prises en charge sans limitation de durée en médecine, chirurgie, psychiatrie, Soins de suite et de réadaptation (uniquement au sein d'une structure figurant dans l'annuaire du site sanitaire-social.com, répertoriant la liste complète des centres de SSR) et obstétrique. En cas d'hospitalisation du Membre participant ou de son Ayant droit Bénéficiaire, la Mutuelle prend en charge les frais de location d'un téléviseur ou ceux afférents à un forfait internet (Wifi) dans le cadre d'un forfait journalier fixé au tableau des garanties, pour une durée maximale de 30 jours par hospitalisation, et dans la limite de la dépense réelle. Cette garantie est accessible dès lors qu'il y a hospitalisation, sans limitation quant au nombre d'hospitalisations dans l'année ;
- les frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation : la Mutuelle verse, lors d'une hospitalisation pour l'accompagnement d'un Ayant droit, une allocation journalière dont le montant figure au tableau de garanties, dans la limite des dépenses facturées par l'établissement hospitalier ou la maison d'accueil hospitalière adhérente à la Fédération des Maisons Hospitalières. **En tout état de cause, seuls les repas fournis par l'établissement hospitalier pourront faire l'objet d'une prise en charge.**

ARTICLE 15.2 – OPTIQUE

A. CHIRURGIE RÉFRACTIVE

Selon la garantie choisie, l'intervention chirurgicale réfractive non remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire est prise en charge par la Mutuelle, dans la limite d'un forfait dont le montant est fixé au tableau des garanties, exprimé par œil et par Bénéficiaire.

B. OFFRECLAIR

Lorsque l'achat a lieu chez un opticien partenaire Santéclair, le Membre participant, ainsi que ses Ayants droit, peuvent bénéficier du remboursement intégral d'un équipement composé de 2 verres de marque et d'une monture Origine France Garantie (dans un choix de 80 montures). Les verres comportent un traitement aminci, anti-rayures et anti-reflets, répondent à tous les besoins de correction visuelle et sont disponibles chez tous les opticiens partenaires Santéclair.

La liste des opticiens-partenaires Santéclair est accessible dans l'espace adhérent MGC sur Mutuellemgc.fr ou sur simple demande en contactant un conseiller MGC.

C. LENTILLES

Pour l'acquisition de Lentilles de contact, remboursées ou non par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle verse un forfait annuel, dont le montant figure au tableau des garanties et varie en fonction du niveau de garantie souscrit (sous réserve pour l'adhérent de présenter une copie de l'ordonnance et de la facture détaillée acquittée).

ARTICLE 15.3 – DENTAIRE

Sont couverts, a minima, le Ticket modérateur pour les soins dentaires (y compris les consultations dentaires).

Pour les prothèses dentaires relevant du panier « à Honoraires maîtrisés » ou du panier « à Honoraires libres », donnant lieu ou non à un remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle verse une participation dans la limite d'un plafond. Ce plafond est exprimé en nombre de prothèses par année civile et par Bénéficiaire. Ce nombre figure au tableau des garanties et varie selon la formule choisie.

Une fois ce plafond atteint, pour les soins dentaires prothétiques relevant du panier « à Honoraires maîtrisés » ou du panier « à Honoraires libres », la prise en charge par la Mutuelle sera limitée à hauteur de 125 % de la Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire dont la part de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les prothèses relevant du panier à « Honoraires limités » sont par ailleurs prises en charge dans la limite des Honoraires limites de facturation en vigueur.

Les remboursements au titre de l'implantologie et la parodontologie pris en charge ou non par l'Assurance Maladie Obligatoire et au titre des prothèses provisoires prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire s'effectuent dans les conditions prévues par la garantie en dehors du plafond dentaire annuel mentionné ci-dessus. Seuls les actes d'implantologie et de parodontologie faisant l'objet d'une codification dans les conditions prévues par la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) pourront être pris en charge.

En tout état de cause, pour ce qui concerne la parodontologie non remboursée par la sécurité sociale, seules les prestations suivantes sont prises en charge par la Mutuelle :

- curetage parodontal,
- réaménagement de la gencive péri-implantaire,
- chirurgie parodontale par lambeau,
- greffe de gencive.

ARTICLE 15.4 – PRÉVENTION

Les vaccins non-remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire sont pris en charge selon la garantie souscrite et dans la limite d'un forfait annuel dont le montant est fixé par le tableau des garanties.

Le vaccin anti-grippe est pris en charge sous réserve que la formule de garantie souscrite le prévoit et dans la limite des frais réellement engagés tels que visés au tableau des garanties.

L'ostéodensitométrie est prise en charge selon la garantie choisie et dans la limite d'un forfait annuel dont le montant est fixé par le tableau des garanties.

Les prestations diététiques prescrites par un diététicien ou un médecin, non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire sont prises en charge selon la

garantie choisie et dans la limite d'un forfait annuel dont le montant est fixé au tableau des garanties.

La médecine douce (consultation ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien, tabacologue) est prise en charge selon la garantie souscrite et dans la double limite d'un nombre de séance par an et d'un montant par séance définis au tableau des garanties. La prise en charge de la Mutuelle s'effectue sous réserve pour le Bénéficiaire des soins de présenter une facture acquittée mentionnant le numéro RPPS du professionnel de santé ainsi que le nom du bénéficiaire des actes ou prestations.

Sont également pris en charge les traitements préventifs pris en charge au titre du Contrat responsable.

Pour les contraceptifs non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, la prise en charge de la Mutuelle s'effectue sous réserve que le Bénéficiaire soit âgé de 13 ans minimum.

Pour l'acquisition d'auto-tensiomètres, la prise en charge de la Mutuelle est limitée à un appareil par famille et par an. En tout état de cause, la prise en charge sera limitée au forfait disponible et prévu par le poste automédication.

Pour les produits de sevrage tabagique (substituts nicotiniques), la prise en charge de la Mutuelle s'effectue sous réserve que le Bénéficiaire soit âgé de plus de 16 ans.

Pour l'acquisition de tests de grossesse figurant sur la liste automédication, la prise en charge de la Mutuelle s'effectue sous réserve que le Bénéficiaire soit âgé de 13 ans minimum, et sera en tout état de cause limitée au forfait disponible et prévu par le poste automédication en pharmacie.

En tout état de cause, la prise en charge au titre du poste automédication en pharmacie s'effectue sous réserve pour le bénéficiaire de présenter à la mutuelle une facture acquittée et nominative.

ARTICLE 15.5 – NAISSANCE ET ADOPTION

Cette prestation à caractère forfaitaire accessoire est versée au Membre participant par la Mutuelle, pour chaque enfant concerné, sur présentation des documents justificatifs et selon les circonstances :

- soit de l'acte de naissance de l'enfant ;
- soit du jugement d'adoption ;
- soit de la photocopie du livret de famille.

ARTICLE 15.6 – ASSISTANCE

Le présent Contrat comprend une garantie « assistance » dans les conditions fixées à l'article L.221-3 du code de la mutualité.

Les prestations d'assistance et leurs modalités de mise en œuvre ainsi que l'identité et les coordonnées de l'organisme assureur sont définies dans la notice d'information remise au Souscripteur préalablement à la conclusion du Contrat.

ARTICLE 15.7 FRAIS DE SOINS À L'ÉTRANGER

Les soins engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie français, dans la limite du Ticket modérateur sauf mention contraire prévue au tableau des garanties. En conséquence, les actes à l'étranger hors nomenclature ne sont pas remboursés par la Mutuelle.

Les remboursements sont effectués en euros.

ARTICLE 15.8 – SOINS COURANTS

Sont notamment visés par ce poste, dans les conditions prévues aux garanties et définies dans le tableau des garanties :

- Les Honoraires médicaux ;
- Les analyses et examens de laboratoire ;
- Les Honoraires paramédicaux ;
- La pharmacie : médicaments et accessoires remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) ;

- La participation forfaitaire prévue à l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale ;
- Le matériel médical : dispositifs médicaux (appareillage, prothèses).

Pour l'acquisition de petits et de grands appareillages, de prothèses mammaires et/ou capillaires donnant lieu à remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire et dont la liste figure au tableau des garanties, la Mutuelle intervient conformément au tableau des garanties.

Pour la location de courte durée de véhicules pour personnes en situation de handicap tels que définis règlementairement et donnant lieu à une prise en charge renforcée par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle prend en charge intégralement les frais exposés par le Membre participant ou ses Ayants-droit dans la limite des prix limites de vente prévus par les textes en vigueur.

Pour les prothèses capillaires de classe II telles que définies règlementairement et donnant lieu à une prise en charge renforcée par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle prend en charge intégralement les frais exposés par le Membre participant ou ses Ayants-droit dans la limite des prix limites de vente prévus par les textes en vigueur. Les dépassements afférents aux prothèses capillaires de classe III et IV telles que définies règlementairement sont pris en charge dans les conditions prévues au tableau de garanties.

- Les consultations de psychologie remboursées par l'AMO (12 séances par année civile) : il s'agit des consultations effectuées auprès d'un psychologue conventionné et référencé dans l'annuaire mis en ligne sur le site MonPsy (<https://monsoutienpsy.ameli.fr/recherche-psychologue>). Pour bénéficier de la prise en charge de ces séances d'accompagnement psychologique, l'assuré doit :

- être âgé de trois ans ou plus ;
- présenter des troubles d'une nature et d'une intensité définis selon les critères fixés par l'arrêté du 8 mars 2022, modifié.

CHAPITRE III – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 16 – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Le bénéfice des prestations n'est accordé que si les cotisations dues à la Mutuelle ont été versées.

La condition d'ouverture des droits est appréciée à la date de remboursement de l'acte médical par l'Assurance Maladie Obligatoire, qui doit être postérieure à la date d'effet de l'Affiliation et antérieure à sa résiliation éventuelle.

La Mutuelle peut avoir recours à une expertise médicale, effectuée par tout professionnel de son choix, dont les Honoraires sont à sa charge, afin de vérifier le bien-fondé de toute demande de remboursement.

Sur demande expresse du Membre participant, le conjoint, le partenaire de PACS ou le concubin du Membre participant ayant la qualité d'Ayant droit peut percevoir directement les prestations pour lui-même et/ou pour les enfants dont il a la charge, sous réserve de joindre une copie de sa pièce justificative d'identité en cours de validité (CNI ou passeport ou titre de séjour).

Sauf demande contraire du Membre participant, les relevés de prestations sont dématérialisés et accessibles sur l'espace sécurisé « adhérent » mis à sa disposition sur le site internet de la Mutuelle.

Les demandes de remboursements doivent, sous peine de déchéance des droits à prestations, être communiquées à la Mutuelle dans un délai maximum de 24 mois suivant :

- la date des soins ;
- la date de paiement des soins en l'absence de prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Elles sont accompagnées notamment :

- des décomptes de l'Assurance Maladie Obligatoire et/ou d'un autre organisme complémentaire s'il n'y a pas de télétransmission « NOEMIE » ;
- des factures détaillant les frais engagés, le cas échéant ;
- de la facture subrogatoire des professionnels de santé en cas de Tiers payant.

En présence d'une prise en charge hospitalière, l'établissement hospitalier doit adresser sa facture à Viamédis, prestataire de la Mutuelle.

Outre ces documents, la Mutuelle peut en cas de nécessité demander toute pièce complémentaire nécessaire à une demande de remboursement des prestations.

Les frais liés à la transmission à la Mutuelle des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du Membre participant.

ARTICLE 17 – PAIEMENT DES PRESTATIONS

Sauf usage du Tiers payant, les prestations de frais de soins de santé sont versées, dans un délai maximal ne pouvant excéder 30 jours à compter de la réception de l'ensemble des pièces, directement par virement sur le compte bancaire du Membre participant ou le cas échéant, celui de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin ayant la qualité d'Ayant droit.

ARTICLE 18 – TIERS PAYANT

Il est remis à chaque Membre participant deux cartes mutualistes permettant la pratique du Tiers payant avec certains professionnels de santé.

Ces cartes restent la propriété de la Mutuelle.

Le Membre participant s'engage, si les cartes santé sont en cours de validité, à les restituer dans les plus brefs délais suivant la perte de qualité de Membre participant ou suivant la résiliation du présent Contrat.

Dans la mesure où l'obligation précitée ne serait pas respectée, la Mutuelle pourra tenter une action directe en restitution des sommes indument versées au Membre participant.

Par ailleurs, la Mutuelle peut exercer tous les moyens juridiques nécessaires en cas d'utilisation frauduleuse de la carte de Tiers payant.

ARTICLE 19 – PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, la Mutuelle délivre un accord de prise en charge permettant, dans la limite des garanties, le paiement des frais médicaux et chirurgicaux (et le cas échéant, des frais annexes à l'hospitalisation) tels que définis par le tableau des garanties.

Si l'hospitalisation est consécutive à un accident de la circulation, la Mutuelle délivre un accord de prise en charge dans les conditions habituelles. Dans cette hypothèse, le Membre participant ou, le cas échéant, ses Ayants droit sont tenus de fournir à la Mutuelle les éléments permettant d'exercer un éventuel recours auprès des organismes d'assurances concernés tel que prévu à l'article 21 des conditions générales.

ARTICLE 20 – PRESTATIONS INDUES

En cas de prestations indument versées à un Bénéficiaire ou à un professionnel de santé dans le cadre du Tiers payant, la Mutuelle récupère les sommes indument versées par tous moyens mis à sa disposition. En cas de prestations indument versées aux Bénéficiaires du Contrat, la Mutuelle se réserve notamment le droit de recouvrer le montant des prestations indues sur les prestations à venir le cas échéant.

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

ARTICLE 21 – RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES

En cas de paiement des prestations par la Mutuelle à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, la Mutuelle est subrogée à l'assuré qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'elle a supportées, conformément aux dispositions légales.

CHAPITRE IV – OBLIGATIONS RÉCIPROQUES DES PARTIES

ARTICLE 22 – OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE

ARTICLE 22.1 – INFORMATION PRÉCONTRACTUELLE

Préalablement à la conclusion du Contrat, la Mutuelle a remis au Souscripteur une proposition de Contrat, conformément à l'article L.221-4, alinéa 3 du code de la mutualité, comprenant notamment :

- un bulletin de souscription collective ;
- un document précisant ses exigences et ses besoins sur la base des informations obtenues auprès de ce dernier, conformément à l'article L.521-4 du code des assurances ;
- un document d'information normalisé sur le présent Contrat, conformément à l'article L.221-4 du code de la mutualité.

ARTICLE 22.2 – NOTICE D'INFORMATION

Lors de la conclusion du Contrat, la Mutuelle s'engage à délivrer au Souscripteur les Statuts de la Mutuelle, la notice d'information « frais de santé » ainsi que, le cas échéant, la notice d'information « assistance ».

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres participants, la Mutuelle remet au Souscripteur une notice d'information rectificative, à charge pour ce dernier d'en informer chaque Membre participant.

Conformément à l'article L.221-6 du code de la mutualité, la preuve de la remise de la notice d'information et des Statuts de la Mutuelle au Membre participant incombe au Souscripteur.

ARTICLE 22.3 – DÉMATÉRIALISATION DES RELATIONS CONTRACTUELLES

Conformément à l'article L.221-6-5 du code de la mutualité, la Mutuelle peut fournir ou mettre à disposition tout document ou information au Souscripteur sur un Support durable autre que le papier sous réserve du respect des conditions visées à l'article précité.

ARTICLE 23 – OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Le Souscripteur s'engage à communiquer à la Mutuelle les cas éventuels de dispense d'Adhésion visés par l'acte juridique de mise en place du régime instituant ou modifiant les garanties collectives.

Le choix et la définition de ces dispenses d'Adhésion incombent exclusivement au Souscripteur. La Mutuelle ne saurait être garante de la conformité de ce choix et de ces définitions aux dispositions des articles R.242-1-6, L.911-7, III et D.911-2 du code de la sécurité sociale.

ARTICLE 23.1 – DOCUMENTS À REMETTRE AUX SALARIÉS

Le Souscripteur s'engage à remettre aux Bénéficiaires les Statuts de la Mutuelle, la notice d'information « frais de santé » ainsi que, le cas échéant, la notice d'information « assistance ».

La preuve de la remise de la notice aux Membres participants incombe au Souscripteur tel qu'énoncé à l'article 22.2 du présent Contrat.

ARTICLE 23.2 – DOCUMENTS À REMETTRE À LA MUTUELLE À LA SOUSCRIPTION

Le Souscripteur s'engage à remettre à la Mutuelle :

- le document retraçant ses besoins et exigences ainsi que le conseil qui lui a été donné, dûment complété, daté et signé ;
- Extrait KBIS ou autre justificatif de l'existence de l'entreprise, de moins de 3 mois ;
- un état nominatif des assurés avec indication pour chaque Membre participant, et le cas échéant, pour ses Ayants droit des mentions suivantes : nom, prénoms, date de naissance ainsi que la situation de famille ;
- une attestation de droit justifiant de l'Affiliation de chaque Bénéficiaire à l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- le relevé d'identité bancaire au format IBAN de chaque Membre participant affilié.

S'agissant des Ayants droit, la Mutuelle pourra demander :

- les justificatifs exigés en cas d'affiliation du conjoint ;
- les justificatifs exigés en cas d'Affiliation du concubin ;
- les justificatifs exigés en cas d'Affiliation du partenaire pacsé ;
- les justificatifs exigés s'agissant des enfants majeurs et des enfants handicapés.

ARTICLE 23.3 – DOCUMENTS À REMETTRE À LA MUTUELLE EN COURS D'ANNÉE

Le Souscripteur s'engage à remettre à la Mutuelle :

- en cas d'Affiliation et/ou d'Adhésion d'un nouvel assuré, les pièces prévues à l'article 23.2 avec indication de la date d'ouverture des droits ;
- en cas de sorties des Salariés des effectifs, un état rectificatif des Salariés indiquant les dates et le motif de départ ;
- pour les personnes dont la garantie est suspendue, un état récapitulatif des assurés concernés indiquant les dates de départ.

Le Souscripteur communique mensuellement à la Mutuelle sa DSN.

Le Souscripteur est responsable des informations communiquées à la Mutuelle sur la mise à jour de ses effectifs (contenu, fréquence) et en assume les conséquences tant auprès de la Mutuelle que de son personnel.

ARTICLE 23.4 – DOCUMENTS À REMETTRE À LA MUTUELLE AVANT LE 31 JANVIER DE CHAQUE ANNÉE

Avant le 31 janvier de chaque année, un état récapitulatif des assurés, tel que prévu à l'article 23.2 est adressé à la Mutuelle ainsi que la liste des Membres participants ne faisant plus partie du personnel du Souscripteur, indiquant les dates de départ et la liste des Membres participants admis à faire valoir leurs droits à la retraite, indiquant la date d'admission à la retraite.

Le Souscripteur atteste sur l'honneur de la sincérité des indications contenues dans les états mentionnés ci-dessus.

ARTICLE 24 – FONDS DE SOLIDARITÉ OLIVIER

Le Membre participant peut bénéficier du Fonds de solidarité Olivier.

Sur délégation du Conseil d'administration, la Commission de solidarité Olivier statue sur les demandes d'aides financières ponctuelles émanant du Membre participant, sous réserve que son Affiliation soit toujours en cours à la date de la demande et, le cas échéant, que le bénéfice des prestations de la Mutuelle soit ouvert à son Ayant droit Bénéficiaire si la demande d'aide porte sur une dépense qui le concerne.

La Commission peut, dans les conditions prévues dans ses règles de fonctionnement et dans le cadre d'un budget spécifique voté annuellement, lui attribuer :

- une aide financière relative à une dépense liée à des soins de santé particulièrement coûteux ou liée à un handicap au titre de la dotation du Fonds de secours. Pour bénéficier de cette aide, ils doivent

avoir une ancienneté au sein de la Mutuelle au moins égale à deux années;

- une aide financière exceptionnelle liée à une situation d'urgence ou de détresse au titre de la dotation du Fonds de solidarité Olivier.

La décision est prise par la Commission, au vu d'un dossier circonstancié, constitué par le Membre participant.

ARTICLE 25 – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 25.1 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute information et document pertinent dans le cadre de ses obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme issues du code monétaire et financier.

ARTICLE 25.2 – PROTECTION DES DONNÉES

Les Données à caractère personnel des Bénéficiaires des garanties recueillies par la Mutuelle auprès du Souscripteur et, le cas échéant, auprès du Membre participant font l'objet de traitements (automatisés ou non automatisés) nécessaires aux finalités mentionnées dans la Charte de protection des Données à caractère personnel de la Mutuelle, notamment celles ci-dessous mentionnées et ce, en application de la base juridique sur laquelle repose ce traitement :

• En exécution du Contrat ou de mesures précontractuelles :

Il s'agit de toute opération ayant pour objet la passation, la gestion et l'exécution du Contrat et des garanties y afférentes, notamment :

- la gestion du Contrat à tous les stades de vie de celui-ci;
- l'exécution du Contrat impliquant toute opération technique nécessaire à la mise en œuvre des garanties et des prestations;
- le traitement du numéro d'inscription au répertoire (NIR);
- la création de l'espace sécurisé;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux;
- l'envoi de la revue mutualiste;
- la réalisation, par les bénévoles MGC présidents de comités locaux, départementaux et régionaux, de leurs missions tendant notamment à renseigner les adhérents sur la situation de leur Contrat;
- la mise à disposition du Club Avantages.

• Au regard de la poursuite de l'intérêt légitime de la Mutuelle :

Il s'agit notamment des opérations suivantes :

- la mise en place d'actions de prévention dans le domaine de la santé;
- les relations commerciales et contractuelles en vue de proposer, par tout moyen, les services de la Mutuelle :
 - . opérations promotionnelles, de prospection, de fidélisation, de développement commercial pour des produits ou services analogues;
 - . la gestion des avis sur ses produits et services;
 - . opérations techniques de prospection (normalisation, enrichissement, déduplication...).
- la sélection de personnes en vue de réaliser des actions de fidélisation (y compris en ce qui concerne les opérations de parrainage), prospection, promotion, sondage, test des produits ou services;
- l'information portant sur des opérations de communication externe relatives à des jeux, concours et événements;
- la réalisation d'enquêtes de satisfaction, amélioration de la qualité des services de la Mutuelle;
- la lutte contre la fraude en assurance;

- la sécurisation de l'accès à l'espace entreprise et à l'application mobile;
- la numérisation et le stockage des documents entrants.

• Au titre du respect d'une obligation légale :

- la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCBFT) ainsi que la détection de fonds et ressources économiques faisant l'objet d'une mesure de gel ou de sanctions;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, telles que des traitements relatifs à l'exécution de règles fiscales ou sociales.

• En application du consentement du Membre participant :

- la prospection commerciale par voie électronique, hors produits ou services analogues, y compris les services des partenaires de la Mutuelle;
- la prospection commerciale par voie téléphonique, hors sollicitations dans le cadre de l'exécution ou ayant un rapport avec l'objet du contrat.

Aussi, les Données à caractère personnel du représentant légal du Souscripteur et, le cas échéant, des référents identifiés dans le bulletin de souscription collective recueillies par la Mutuelle sont nécessaires à la passation, gestion et exécution du Contrat et à la création d'un espace sécurisé permettant la gestion en ligne du Contrat.

Les Données à caractère personnel collectées sont destinées à la Mutuelle, en sa qualité de responsable de traitement, et peuvent être transmises à ses partenaires (assureurs, co-assureurs, réassureurs, courtiers, organismes de sécurité sociale obligatoire, délégataires de gestion, sous-traitants, prestataires informatiques ou de services y compris tiers de confiance), à ses avocats ou personnes en charge de représenter ses intérêts, aux tuteurs, curateurs, ou toute autre personne justifiant de la qualité d'aidant d'un adhérent en situation de dépendance, ainsi qu'aux présidents de ses comités locaux en vue de réaliser toute opération répondant aux finalités susmentionnées.

Elles sont conservées pour la durée nécessaire à la réalisation des finalités pour lesquelles elles ont été collectées puis archivées conformément aux délais légaux de prescription susceptibles de s'appliquer.

En revanche, les Données à caractère personnel des Bénéficiaires des garanties ne pourront être conservées, à des fins de prospection commerciale, par la Mutuelle que pendant un délai de 3 ans à compter de la fin de l'Affiliation.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données personnelles, s'agissant des Données à caractère personnel les concernant, le Souscripteur, le Membre participant et, le cas échéant ses Ayants droit Bénéficiaires disposent des droits ci-dessous mentionnés :

- d'accéder aux données les concernant. Pour ce faire, la Mutuelle fournit une copie des Données à caractère personnel faisant l'objet de traitements, sous réserve que celle-ci ne porte pas atteinte aux droits et libertés d'autrui. La Mutuelle peut exiger le paiement de frais raisonnables tenant compte des coûts administratifs pour toute copie supplémentaire demandée.
- de s'opposer, à tout moment, au traitement des Données à caractère personnel les concernant :
 - à des fins de prospection commerciale, y compris à un profilage s'il est lié à une telle prospection;
 - fondé sur les intérêts légitimes poursuivis par la Mutuelle, y compris à un profilage réalisé sur ce fondement. Pour ce dernier cas, l'opposition doit être justifiée par des raisons tenant à la situation particulière de l'Adhérent ou ses Ayants droit.

Il est expressément précisé que le droit d'opposition au traitement des données personnelles ne s'applique pas au dispositif de Tiers payant. Si l'Adhérent souhaite s'opposer au traitement de ses données personnelles,

il ne doit pas présenter sa carte de Tiers payant et ne bénéficiera pas du dispositif d'avance de frais.

- de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs Données à caractère personnel postérieurement au décès.

Ils peuvent également obtenir de la Mutuelle :

- la rectification ou la suppression des données les concernant;
- la limitation du traitement de leurs Données à caractère personnel;
- la Portabilité de leurs Données à caractère personnel.

Dans le cas où le traitement des Données à caractère personnel repose sur le consentement, celui-ci est recueilli :

- préalablement à l'Affiliation/Adhésion, par le biais du bulletin d'Affiliation/d'Adhésion au Contrat souscrit;
- à tout moment, via tout autre formulaire de contact.

Ils ont également la possibilité de retirer leur consentement à tout moment. Le retrait de celui-ci ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ledit retrait.

Pour exercer l'un des droits susvisés, il vous faut adresser une lettre simple à la MGC à l'attention de Direction juridique et Conformité, 2 – 4 Place de l'Abbé Georges Hénocque, 75637 Paris Cedex 13 ou par mail à l'adresse suivante : service.dpo@m-g-c.com. En cas de doute raisonnable sur l'identité du demandeur, un justificatif d'identité pourra le cas échéant être demandé par la MGC.

Le Souscripteur, le Membre participant et, le cas échéant ses Ayants droit bénéficiaires, peuvent consulter la Charte de protection des données à caractère personnel sur le site Internet de la Mutuelle ou l'obtenir sur demande. Ils peuvent également contacter le Délégué à la Protection des données personnelles de la Mutuelle aux coordonnées suivantes : service.dpo@m-g-c.com.

Dans le cadre de la protection des Données à caractère personnel et du respect de la vie privée, ils peuvent saisir et introduire une réclamation auprès de la CNIL, 3 place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris Cedex 07.

ARTICLE 25.3 – DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Le Membre participant ne pourra être démarché téléphoniquement par la Mutuelle que dans le cadre de l'exécution de son contrat, et dès lors que cette sollicitation a un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de lui proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

ARTICLE 25.4 – RÉCLAMATION ET MÉDIATION

La Mutuelle MGC accorde une grande importance aux remarques et remontées de ses adhérents mais aussi à celles des tiers intéressés. C'est la raison pour laquelle elle a mis en place :

- Une procédure relative au traitement des réclamations et,
- Une procédure relative à la médiation si le traitement de votre réclamation ne vous a pas donné gain de cause ou satisfaction.

A. RÉCLAMATION

Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement envers la Mutuelle quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée. Elle peut émaner de toute personne, y compris en l'absence de relation contractualisée avec le professionnel : Membres participants ou Honoraires tels que définis à l'article 9 des Statuts, anciens adhérents, Bénéficiaires, personnes ayant sollicité de la Mutuelle la fourniture d'un produit ou service ou qui ont été sollicitées par la Mutuelle, y compris ses mandataires et leurs Ayants droit. Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation entrant dans le champ de la définition

ci-dessus est à adresser au Service Réclamation prévu à cet effet.

Les réclamations peuvent lui être adressées comme suit :

- Par voie postale, à l'adresse suivante :
MGC, Service réclamations, TSA 91347, 75621 Paris Cedex 13.
- Par le site internet de la Mutuelle en se connectant sur l'espace Adhérent sécurisé,
- Via l'onglet contact du site internet de la Mutuelle.

Pour les réclamations susceptibles d'être formulées à l'oral ou par messagerie instantanée ne vous permettant pas de disposer d'une copie datée de la réclamation, nous vous invitons à les formaliser au moyen d'un support écrit durable. Cette formalisation ne sera pas nécessaire si la Mutuelle répond immédiatement et de façon satisfaisante à votre demande en direct.

La Mutuelle dispose d'un délai de 10 jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation, pour en accuser réception par écrit, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai. Une réponse définitive est apportée au réclamant dans un délai de deux mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

B. MÉDIATION

Après épuisement des voies de recours au sein de la Mutuelle, vous pouvez saisir le Médiateur de la Mutualité Française aux coordonnées ci-dessous.

En tout état de cause, vous pouvez également, deux mois après l'envoi de votre réclamation (quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée), saisir le médiateur :

- soit à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, FNMF, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15 ;
- soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>.

La saisine du médiateur n'est possible qu'à la condition que le traitement de la réclamation ne fasse pas l'objet d'une action contentieuse.

Pour être recevable, la saisine doit être accompagnée des documents ou justificatifs de la réclamation auprès de la Mutuelle.

En cas de dossier incomplet, le service médiation adressera au réclamant une demande de complément d'information.

La procédure de médiation sera conduite dans le respect des dispositions en vigueur dans le Règlement de la médiation de la Mutualité Française.

Les parties sont libres d'accepter ou de refuser la décision du médiateur.

Par ailleurs, la participation à la médiation n'exclut pas la possibilité d'un recours ultérieur devant la juridiction compétente.

ARTICLE 25.5 – AUTORITÉ CONTRÔLE

La Mutuelle est soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) : 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Conditions Générales

MGC Santé Syntec

**Contrat collectif surcomplémentaire « frais de santé »
à adhésion facultative**

Applicables au 1^{er} janvier 2027

Sommaire

DÉFINITIONS PRÉALABLES	50
CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	50
ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT.....	50
ARTICLE 2 – DATE D'EFFET, DURÉE, RENOUVELLEMENT, CADUCITÉ, MODIFICATION, RÉSILIATION, NULLITÉ ET RENONCIATION	51
ARTICLE 3 – BÉNÉFICIAIRES.....	52
ARTICLE 4 – DATE D'EFFET DES GARANTIES	52
ARTICLE 5 – SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL.....	52
ARTICLE 6 – CESSATION DES GARANTIES	53
ARTICLE 7 – MAINTIEN DES GARANTIES DANS LE CADRE DE LA PORTABILITÉ.....	53
ARTICLE 8 – MAINTIEN DES GARANTIES DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI « ÉVIN » N°89-1009 DU 31 DÉCEMBRE 1989.....	53
ARTICLE 9 – COTISATIONS	53
ARTICLE 10 – PRESCRIPTION DES ACTIONS	54
CHAPITRE II – DÉFINITION DES PRESTATIONS	54
ARTICLE 11 – PRESTATIONS REMBOURSÉES.....	54
ARTICLE 12 – LIMITES DES GARANTIES ET EXCLUSIONS.....	54
ARTICLE 13 – PLAFOND DES REMBOURSEMENTS	54
CHAPITRE III – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	54
ARTICLE 14 – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS.....	54
ARTICLE 15 – PAIEMENT DES PRESTATIONS.....	54
ARTICLE 16 – PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE.....	54
ARTICLE 17 – PRESTATIONS INDUES.....	54
ARTICLE 18 – RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES.....	54
CHAPITRE IV – OBLIGATIONS RÉCIPROQUES DES PARTIES.....	55
ARTICLE 19 – OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE	55
ARTICLE 20 – OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR	55
ARTICLE 21 – DISPOSITIONS DIVERSES.....	55

DÉFINITIONS PRÉALABLES

Les termes inscrits dans le présent Contrat ont la signification suivante :

« **100% santé** » : Dispositif par lequel les Adhérents et Ayants droit couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100% santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leurs prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% santé ». Les contrats de complémentaire santé responsables remboursent quant à eux obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « 100% santé ». Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100% santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% santé ». Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100% santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100% santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

Depuis le 1^{er} décembre 2025, le dispositif du 100% Santé inclut la prise en charge des forfaits de location de véhicules pour personnes en situation de handicap utilisés sur le court terme (période de 3 mois qui peut être étendue de 3 mois supplémentaires, soit au maximum 6 mois de facturations consécutives sur une année glissante), inscrits à la nomenclature. Les dépassements afférents aux forfaits de location hebdomadaire et de mise à disposition sont obligatoirement pris en charge par les contrats de complémentaire santé responsables. Il en va de même pour les dépassements de certaines prothèses capillaires (classe II), inscrites à la nomenclature, qui ont intégré le dispositif du 100% Santé au 1^{er} janvier 2026.

Actes hors Nomenclature : actes et prestations n'étant pas inscrits sur la liste des actes et des prestations pris en charge ou remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire. Ces actes sont codifiés HN.

Adhésion : désigne le lien contractuel entre le Membre participant et, le cas échéant, ses Ayants droit, et la Mutuelle au titre du présent Contrat.

Ayant droit : Bénéficiaire des garanties prévues au présent Contrat en raison de ses liens avec le Membre participant tels que précisés dans les Conditions Générales et le Certificat de souscription.

Base de remboursement (BR) : assiette servant de base de calcul des prestations en nature servies par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Bénéficiaire : Membre participant et, le cas échéant, ses Ayants droits, bénéficiant des garanties prévues par le présent Contrat.

Contrat « responsable » : cahier des charges, prévu aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, qu'un Contrat d'assurance « frais de santé » doit respecter afin de bénéficier du traitement social et fiscal y afférent.

Dépassement d'Honoraires : part des Honoraires excédant la Base de remboursement (BR) de l'Assurance Maladie Obligatoire. La couverture complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces

dépassements, si le Contrat le prévoit. Dans ce cas, le niveau de remboursement est plafonné pour les médecins non adhérents à l'OPTAM (obligation Contrat responsable).

Donnée à caractère personnel : toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable. Est réputée être une « personne physique identifiable » une personne physique qui peut être identifiée, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale.

Établissements de soins de suite : l'offre de soins en Soins de suite et de réadaptation s'organise autour d'établissements polyvalents, spécialisés, et d'établissements reconnus comme experts par les agences régionales de santé pour accompagner certaines situations complexes ou activités qui nécessitent la mise à disposition de compétences et d'équipements très spécifiques. La liste complète des centres de Soins de suite et de réadaptation est mise à jour régulièrement sur l'annuaire du site sanitaire-social.com.

Forfait journalier hospitalier : participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé.

Honoraires : Il s'agit de la rémunération d'un professionnel de santé libéral.

Les Honoraires peuvent être perçus dans un établissement hospitalier (en clinique ou dans le cadre du secteur privé à l'hôpital) ou dans un cabinet. Les Honoraires médicaux (perçus par les médecins) se distinguent des Honoraires paramédicaux (perçus par les professionnels paramédicaux).

Membre participant : Salarié du Souscripteur couvert au titre du présent Contrat.

Mutuelle : désigne la Mutuelle Générale des Cheminots (MGC), Mutuelle régie par le code de la mutualité et soumise aux dispositions de son Livre II.

Nomenclature : documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et OPTAM-ACO : dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention médicale et visant à encadrer les Dépassements d'Honoraires dans le but d'améliorer l'accès aux soins des patients.

Portabilité : maintien à titre gratuit du bénéfice des garanties collectives en vigueur dans l'entreprise au profit du Salarié et, le cas échéant, de ses Ayants droit, en cas de cessation de son Contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, conformément à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Prix limite de vente (PLV) : le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente aux Adhérents et à leurs Ayants droit. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

S'agissant des médicaments pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de prix limite de vente.

Les aides auditives, les lunettes, les prothèses capillaires et les véhicules pour personnes en situation de handicap retenus dans les paniers « à prise en charge renforcée » ont des prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les Adhérents et leurs Ayants droit puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

Salarié : Salarié appartenant à la catégorie de personnel définie au Certificat de souscription.

Soins de suite et de réadaptation (SSR) : soins ayant vocation à prévenir ou à réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et à promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Les missions principales des SSR sont la rééducation d'un organe lésé en vue de sa restitution intégrale ou optimale, la réadaptation du patient pour lui permettre de s'adapter au mieux à ses limitations et le recouvrement maximal des conditions de vie de ce patient avant son séjour hospitalier.

Souscripteur : personne morale souscrivant le Contrat au profit d'une catégorie de personnel définie dans le Certificat de souscription.

Support durable : tout instrument offrant la possibilité aux parties de stocker des informations qui leur sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

Ticket modérateur (TM) : participation des assurés non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie égale à la différence entre la Base de remboursement (BR) et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire.

CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le présent Contrat est un Contrat d'assurance collective à Adhésion facultative, au sens du 1^{er} du III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité, ayant pour objet de compléter les remboursements opérés au titre du Contrat à Adhésion obligatoire, dénommé Contrat « socle », et au profit des mêmes Bénéficiaires. Il est souscrit par le Souscripteur auprès de la Mutuelle Générale des Cheminots (MGC).

Il a pour objet de déterminer les conditions dans lesquelles la Mutuelle garantit aux Bénéficiaires le versement de prestations renforcées en hospitalisation en complément des remboursements opérés par l'Assurance Maladie Obligatoire et au titre du Contrat « socle » frais de santé, dans la limite des frais réels. Il est dénommé Contrat surcomplémentaire « Renfort Hospitalisation ».

Le présent Contrat relève des dispositions figurant au Livre II du Code de la Mutualité relatives aux opérations collectives à Adhésion facultative et ne répond pas au cahier des charges du Contrat « responsable » défini à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, sans toutefois que ne soit remis en cause le caractère responsable du Contrat « socle » dans la mesure où il s'agit de Contrats d'assurance juridiquement distincts.

Le Souscripteur reconnaît que son attention a été spécialement attirée par la Mutuelle sur les conséquences de la non-conformité du présent Contrat au cahier des charges du Contrat « responsable », dont, notamment, l'impossibilité de bénéficier, le cas échéant, du traitement social et fiscal y afférent.

Le présent Contrat est « solidaire », en conséquence, les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurées et aucun questionnaire médical n'est demandé aux assurés lors de la souscription ou de l'Adhésion.

Le présent Contrat se compose de deux parties indissociables :

- les Conditions Générales ;
- le Certificat de souscription qui comporte notamment :
 - la date d'effet du Contrat ;
 - la définition de la catégorie de personnel assurée ;

- la nature et le montant des garanties ;
- le montant des cotisations.

Les dispositions prévues dans les présentes Conditions Générales s'appliquent de plein droit, sous réserve des dispositions dérogatoires précisées dans le Certificat de souscription.

ARTICLE 2 – DATE D'EFFET, DURÉE, RENOUVELLEMENT, CADUCITÉ, MODIFICATION, RÉSILIATION, NULLITÉ ET RENONCIATION

ARTICLE 2.1 – DATE D'EFFET ET DURÉE

Le Contrat prend effet à la date indiquée au Certificat de souscription à la même date que le Contrat socle « frais de santé ». Il est conclu par le Souscripteur.

Il est souscrit pour l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année.

ARTICLE 2.2 – RENOUVELLEMENT

Il est renouvelé par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation du Contrat dans les conditions prévues à l'article 2.5 des Conditions Générales.

ARTICLE 2.3 – CADUCITÉ

Le présent Contrat devient caduc, en cas de résiliation du Contrat « socle » du fait de la disparition de son objet.

ARTICLE 2.4 – MODIFICATION

En cas de modification du Contrat, la Mutuelle notifiera au Souscripteur les évolutions envisagées ainsi que les présentes conditions générales mises à jour, le cas échéant, au plus tard, trois mois avant leur date d'entrée en vigueur. Le Souscripteur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit ces propositions étant rappelé que le silence vaut acceptation. Les modifications sont réputées acceptées à défaut d'opposition du Souscripteur. En cas de désaccord sur les propositions de modifications formulé expressément par le Souscripteur, le Contrat sera résilié de plein droit. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt 1 mois après l'expiration du délai précité de 30 jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des Membres participants par le Souscripteur.

Conformément à l'article L.221-6 du Code de la Mutualité, lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres participants, **le Souscripteur est également tenu d'informer chaque Membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la Mutuelle.**

La charge de la preuve de la remise de la notice modifiée aux Membres participants incombe au Souscripteur. La Mutuelle ne pourra être tenue pour responsable de l'absence de transmission de la notice aux Membres participants par le Souscripteur.

ARTICLE 2.5 – RÉSILIATION ET FAUSSE DÉCLARATION

Le présent Contrat peut être résilié dans les cas suivants :

A. DATE D'ÉCHÉANCE ET RÉSILIATION INFRA ANNUELLE

• À l'échéance

Conformément à l'article L.221-10 du code de la mutualité, le Souscripteur peut résilier le Contrat, chaque année, en notifiant sa décision à la Mutuelle, au moins 2 mois avant la date d'échéance, soit le 31 octobre précédant la date de renouvellement. La Mutuelle peut résilier le Contrat dans des conditions identiques.

La résiliation du Contrat est effective le 31 décembre de l'année de la résiliation, à minuit.

• À tout moment après la première année de souscription

Après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription, le Souscripteur peut résilier le Contrat à tout moment, en notifiant lui-même ou en faisant

notifier par son nouvel assureur, sa décision à la Mutuelle. La résiliation prend effet un mois après la réception de cette notification.

La demande de résiliation du Contrat à l'exception de celle envoyée par un organisme prenant, peut être notifiée à la Mutuelle par :

- Une lettre ou tout autre Support durable,
- Une déclaration au siège de la Mutuelle ou chez le représentant de la Mutuelle,
- Un acte extrajudiciaire,
- Tout moyen de communication à distance susceptible d'être utilisé pour la souscription d'un Contrat

B. MODIFICATION DE LA TARIFICATION

La Mutuelle informe le Souscripteur de toute modification du montant des cotisations au plus tard 3 mois avant la date d'échéance du Contrat ou 3 mois avant la date d'entrée en vigueur de la modification par lettre recommandée avec accusé réception.

Le refus ou l'acceptation de cette modification par le Souscripteur doit être notifié à la Mutuelle dans le mois suivant la réception de l'avis de modification des cotisations.

C. MANQUEMENT DU SOUSCRIPTEUR À SES OBLIGATIONS

En cas de manquement du Souscripteur à l'une de ses obligations découlant du Contrat, la Mutuelle se réserve le droit de résilier de plein droit le Contrat.

D. FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites par le Membre participant, servent de base à la garantie. La Mutuelle se réserve ainsi la possibilité de vérifier les données communiquées.

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du Souscripteur ou d'un Membre participant, changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque, la garantie accordée au Membre participant par la Mutuelle est nulle. 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. Les prestations versées feront l'objet d'un remboursement par le Membre participant.

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la Mutualité, en cas d'omission ou de déclaration inexacte de la part d'un Membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie, constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'Adhésion dans le cadre du présent Contrat moyennant une augmentation de cotisation acceptée ; à défaut d'accord de celui-ci, le présent Contrat prend fin 10 jours après notification adressée par lettre recommandée avec accusé réception. La Mutuelle restitue 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 rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 2.6 – RÉSILIATION DE L'ADHÉSION ET FACULTÉ DE RENONCIATION

A. RÉSILIATION

• À l'échéance

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la Mutualité, le Membre participant peut mettre fin à son Adhésion tous les ans en notifiant sa décision à la Mutuelle au moins 2 mois avant la date d'échéance.

• À tout moment après la première année de souscription

Après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription, le Membre participant peut résilier son Adhésion à tout moment, en notifiant lui-même ou en faisant notifier par son nouvel assureur, sa

décision à la Mutuelle. La résiliation prend effet un mois après la réception de cette notification.

• En cas de modification des droits et obligations des Membres participants

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres participants, tout Membre participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice d'information, dénoncer son Adhésion en raison de ces modifications.

En tout état de cause, la demande de résiliation du Contrat peut être notifiée à la Mutuelle par :

- Une lettre ou tout autre Support durable,
- Une déclaration au siège de la Mutuelle ou chez le représentant de la Mutuelle,
- Un acte extrajudiciaire,
- Tout moyen de communication à distance susceptible d'être utilisé pour la souscription d'un Contrat.

B. FACULTÉ DE RENONCIATION

Conformément à l'article L.221-18 du code de la mutualité, en cas d'Adhésion réalisée dans le cadre d'une vente à distance, le Membre participant dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus, soit à compter du jour où l'Adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'Adhésion et informations si cette date est postérieure à la date de prise d'effet de l'Adhésion, pour renoncer à son Adhésion par lettre ou tout autre support durable. Le Membre participant n'a pas à justifier ses motifs ni à supporter de pénalités. Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Si le Membre participant n'a jamais reçu les informations prévues à l'article susvisé ainsi que les conditions contractuelles, le délai de renonciation expire un an et quatorze jours calendaires après l'adhésion. Si le Membre participant n'a pas été informé de son droit de renonciation, ce droit s'exerce sans limitation de durée.

Lorsque l'adhésion a été réalisée au moyen d'une interface en ligne, il peut exercer sa faculté de renonciation en utilisant la fonctionnalité en ligne prévue à cet effet sur le site internet de la Mutuelle.

En cas de renonciation, la garantie est résiliée à compter de la date d'effet de l'Adhésion et les dispositions suivantes s'appliquent :

- si des prestations ont été versées, le Membre participant s'engage à rembourser la Mutuelle des montants perçus dans un délai de trente jours ;
- si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle les rembourse au Membre participant dans un délai de trente jours.

Conformément à l'article L.221-18-1 du code de la mutualité, en cas d'Adhésion réalisée dans le cadre d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, le Membre participant dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'Adhésion pour renoncer à son Adhésion aux garanties optionnelles facultatives sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités par lettre recommandée, ou envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception au siège de la Mutuelle.

En cas de renonciation, l'Adhésion prend alors fin à compter de la date de réception de la lettre précitée. La Mutuelle rembourse les sommes versées par le Membre participant dans un délai de 30 jours à compter du jour où l'Adhésion prend fin, sous déduction de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, qui reste due par le Membre participant.

Le Membre participant ne peut plus exercer ce droit de renonciation lorsqu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie.

L'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si le Membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la

garantie et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Dans les deux cas, pour exercer son droit de renonciation, le Membre participant peut utiliser le modèle ci-dessous :

Je soussigné(e) M... (nom, prénom, et numéro d'adhérent),

demeurant...(adresse) déclare renoncer à mon Adhésion à la garantie complémentaire santé – Formule...(nom de la formule) souscrite auprès de la Mutuelle MGC le ...(date)

Fait, le (date) Signature

ARTICLE 3 – BÉNÉFICIAIRES

Peuvent bénéficier des garanties prévues par le présent Contrat, les Bénéficiaires du Contrat « socle », tels que définis au Certificat de souscription du Contrat « socle ».

L'Adhésion du Salarié au présent Contrat lui permet de bénéficier des garanties telles que définies au tableau des garanties, moyennant le paiement des cotisations prévues à l'article 9 des présentes et entraîne l'Adhésion de l'ensemble de ses Ayants droit bénéficiant des garanties au titre du Contrat « socle ».

En cas de perte, par le Salarié, de la qualité de Membre participant au titre du Contrat « socle », celui-ci perd concomitamment la qualité de Membre participant au titre du présent Contrat.

L'Adhésion du Membre participant entraîne l'Adhésion de ses Ayants droit, Bénéficiaires du Contrat socle, selon les modalités prévues au Certificat de souscription. En cas d'Adhésion des Ayants droit, ils bénéficient de la garantie en qualité de Bénéficiaires.

Sont considérés comme Ayant droit du Salarié :

- le conjoint du Salarié, marié et non séparé ;
- à défaut, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) conformément à l'article 515-1 du Code Civil ;
- à défaut, le concubin du Salarié, sous réserve que le concubin et le Salarié vivent en couple au sens de l'article 515-8 du code civil depuis au moins deux ans ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union, soient tous les deux libres de tout engagement, et que le concubinage fasse l'objet d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins ;
- les enfants à la charge du Salarié et de son conjoint, de son partenaire de PACS ou de son concubin.

Sont réputés à charge du Salarié et de son conjoint, de son partenaire de PACS ou de son concubin sous réserve d'apporter annuellement tout justificatif de leur situation :

- les enfants jusqu'à leur 18^e anniversaire (sans justificatif) ;
- les enfants jusqu'à leur 21^e anniversaire :
 - s'ils poursuivent des études ;
 - s'ils sont en Contrat apprentissage et qu'il s'agit de leur premier Contrat ou s'ils exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55% du SMIC, et qu'ils vivent sous le même toit que le Salarié ;
 - s'ils sont à la recherche d'un premier emploi, inscrits à ce titre à France Travail ;
- les enfants jusqu'à leur 28^e anniversaire s'ils poursuivent des études et sont affiliés à un régime étudiant de Sécurité sociale ;
- les enfants quel que soit leur âge s'ils sont atteints d'un handicap les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle et de percevoir un salaire imposable.

ARTICLE 3.1 – MODALITÉS D'ADHÉSION

Les Salariés doivent remplir un bulletin d'Adhésion afin de pouvoir bénéficier des garanties du Contrat. Ce bulletin d'Adhésion dûment complété par le Salarié est cosigné par le Salarié et le Souscripteur, et accompagné des pièces justificatives suivantes :

- une copie d'une pièce justificative d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour) ;
- une attestation de droit justifiant de l'Affiliation du Salarié à l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- un mandat de prélèvement SEPA dûment signé accompagné d'un relevé d'identité bancaire au format IBAN pour le prélèvement des cotisations et le versement des prestations ;
- si le Membre participant n'est pas le titulaire du compte bancaire, une copie d'une pièce justificative d'identité en cours de validité du titulaire du compte bancaire (carte nationale d'identité ou passeport) ainsi que le mandat SEPA dûment complété avec les données du compte du tiers.

Le Membre participant inscrit ses Ayants droit sur le bulletin d'Adhésion et joint, le cas échéant, les pièces justificatives suivantes

- une attestation de droit justifiant de l'Affiliation du ou des Ayants droit à l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- s'agissant du conjoint : une copie du livret de famille ;
- s'agissant du partenaire de PACS : une attestation d'engagement dans les liens d'un PACS ;
- s'agissant du concubin : un certificat de vie commune ou, à défaut, une attestation sur l'honneur de vie commune ;
- s'agissant des enfants âgés de 18 à 21 ans révolus vivant sous son toit, titulaires d'un Contrat d'apprentissage, ou exerçant une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55% du SMIC ou à la recherche d'un premier emploi, inscrits à ce titre à France Travail : un justificatif de scolarité ou un certificat d'apprentissage ou une copie du Contrat de formation en alternance ou une copie du certificat d'inscription à France Travail ainsi qu'une attestation sur l'honneur de rattachement fiscal ou une attestation sur l'honneur d'hébergement de l'enfant majeur ;
- s'agissant des enfants âgés de 18 à 28 ans révolus vivant sous son toit et poursuivant des études : un justificatif de scolarité ainsi qu'une attestation sur l'honneur d'hébergement de l'enfant majeur ;
- s'agissant des enfants handicapés : un justificatif de perception de l'allocation pour personnes handicapées, une copie de la carte d'invalidité ou une attestation CDAPH.

Concernant les enfants, ces justificatifs sont renouvelés tous les ans.

En tout état de cause, la Mutuelle doit recevoir le dossier d'Adhésion du Salarié dans un délai de 30 jours suivant la date d'effet du Contrat ou, le cas échéant, la date de l'entrée en fonction du Salarié.

En cas d'Adhésion d'un Ayant droit du Membre participant postérieurement à l'Adhésion du Membre participant, la date d'effet de son Adhésion intervient le 1^{er} jour suivant la date de signature du bulletin d'Adhésion modificatif, sous réserve que celui-ci parvienne complété et signé à la Mutuelle dans les 10 jours suivant cette date, à l'exception de l'inscription d'un nouveau-né, qui intervient au jour de naissance ou de l'adoption si l'Adhésion est réalisée dans les 30 jours suivant cet événement. L'enregistrement de l'Adhésion est notifié par la Mutuelle.

ARTICLE 3.2 – MISE À JOUR DES INFORMATIONS

Toute modification de la situation du Membre participant ou, le cas échéant, de celle de ses Ayants droit, de quelque nature qu'elle soit (par exemple : changement des coordonnées bancaires, de domicile, de caisse d'Assurance Maladie Obligatoire ou de régime de sécurité sociale, modification de la composition familiale, etc.) doit être notifiée dans les meilleurs délais à la Mutuelle par le Membre participant.

ARTICLE 3.3 – MODALITÉS DE RADIATION D'UN AYANT DROIT

L'Adhésion des Ayants droit cesse en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- en cas de décès de l'Ayant droit, la radiation prend

alors effet à la date du décès. La demande de radiation doit être accompagnée de l'extrait de l'acte de décès ;

- en cas de perte de la qualité d'Ayant droit au regard de la définition prévue au présent article, la radiation prend alors effet au jour où l'Ayant droit a perdu cette qualité ;
- en cas de radiation de l'Ayant droit du Contrat « socle », la radiation prend alors effet concomitamment à la date de radiation du Contrat « socle » ;
- en cas de bénéfice d'un régime collectif complémentaire santé à Adhésion obligatoire en qualité de Salarié, la radiation prend alors effet au 1^{er} jour du mois suivant la déclaration de l'événement adressée à la Mutuelle, accompagnée d'une attestation de l'employeur exposant notamment la nature des garanties, leur caractère obligatoire, la date d'effet de l'Adhésion du Salarié ;
- en cas de bénéfice du dispositif de protection complémentaire en matière de santé (« complémentaire santé solidaire »), la résiliation prend alors effet à compter de la date d'ouverture des droits à la « complémentaire santé solidaire » ;
- en cas de résiliation de l'Adhésion effectuée par le Membre participant dans les conditions prévues à l'article 2.6 du présent Contrat.

En tout état de cause, la cotisation est due jusqu'à la date de radiation effective de l'Ayant droit.

ARTICLE 4 – DATE D'EFFET DES GARANTIES

Le présent Contrat permet l'Adhésion, des Membres participants au titre du Contrat « socle » frais de santé qui le souhaitent, et, le cas échéant, de leurs Ayants droit, aux garanties souscrites par le Souscripteur, sous réserve :

- qu'ils remplissent les conditions fixées par l'acte instituant le régime de protection sociale complémentaire au sein de l'entreprise ;
- des dispenses d'Affiliation invoquées dans le cadre du Contrat socle.

Sous réserve du respect des conditions susvisées, l'Adhésion du Salarié au présent Contrat prend effet :

- soit à la date de prise d'effet du présent Contrat lorsqu'il figure à cette date dans les effectifs de la catégorie de personnel définie dans le Certificat de souscription et sous réserve qu'il fasse acte d'Adhésion à la Mutuelle dans les trente (30) jours suivant la date d'effet du Contrat ;
- soit à sa date d'embauche ou d'entrée dans la catégorie de personnel si elle est postérieure à la date d'effet du présent Contrat et sous réserve qu'il fasse acte d'Adhésion à la Mutuelle dans les trente (30) jours de ladite date d'entrée ou d'embauche ;
- concomitamment à la date d'Affiliation du Membre participant au titre du Contrat « socle » frais de santé souscrit par le Souscripteur auprès de la Mutuelle, sous réserve que le dossier d'Adhésion parvienne au siège de la Mutuelle dûment complété et signé ;
- postérieurement à l'Affiliation du Membre participant au titre du Contrat « socle », au 1^{er} jour du troisième mois suivant la date de réception par la Mutuelle du dossier d'Adhésion dûment complété et signé, et accompagné de toutes les pièces justificatives.

ARTICLE 5 – SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

ARTICLE 5.1 – MAINTIEN DES GARANTIES

Les garanties sont maintenues, moyennant le paiement des cotisations par le Salarié lorsque ce dernier se trouve en situation de :

- congé de maternité, et d'adoption,
- congé de paternité,
- maladie ou accident du travail, accident de trajet, toute autre cause ouvrant droit à maintien total ou partiel de salaire par le Souscripteur ou à indemnités journalières de sécurité sociale et/

ou complémentaires qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, ou à un revenu de remplacement versé par l'employeur,

- invalidité ouvrant droit au versement d'une pension d'invalidité au titre du régime de prévoyance.

ARTICLE 5.2 – SUSPENSION DES GARANTIES

Les garanties sont suspendues lorsque la suspension du Contrat de travail du Salarié n'ouvre pas ou plus droit à maintien de salaire ou indemnisation de la part de l'employeur (y compris versée par l'intermédiaire d'un tiers) et notamment dans l'une des situations suivantes :

- congé sans solde d'une durée supérieure ou égale à un mois ;
- congé sabbatique (articles L.3142-91 et suivants du Code du travail) ;
- congé parental d'éducation (articles L.1225-47 et suivants du Code du travail) ;
- congé pour création d'entreprise (articles L.3142-78 et suivants du Code du travail) ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation, de captivité.

La suspension des garanties intervient à la date de la suspension de l'activité professionnelle dans l'entreprise souscriptrice et s'achève :

- dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré,
- dès qu'il se trouve dans une des situations justifiant le maintien des garanties définies ci-dessus, sous réserve que la Mutuelle en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la période de suspension des garanties prend fin à la date où la Mutuelle est informée de la reprise effective du travail du Salarié.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du Salarié, ni aucune prestation.

Le Salarié pourra, sur simple demande écrite auprès de la Mutuelle, continuer à adhérer au régime pendant la période de suspension de son Contrat de travail, sous réserve que la demande parvienne à la Mutuelle dans le délai d'un mois suivant l'évènement.

ARTICLE 6 – CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent de plein droit :

- soit à la date de résiliation du présent Contrat ;
- soit à la date de résiliation du Contrat « socle » frais de santé ;
- soit en cas de résiliation ou de dénonciation de son Adhésion par le Membre participant dans les conditions prévues à l'article 2.6 des Conditions Générales ;
- soit en cas de défaut de paiement des cotisations par le Membre participant dans les conditions prévues à l'article 9.4 des Conditions générales ;
- soit à la date de rupture du Contrat de travail du Membre participant sous réserve, le cas échéant, des dispositions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale relatif au dispositif de Portabilité ;
- soit à la date de la perte, par le Bénéficiaire, de la qualité de Membre participant au titre du Contrat « socle » frais de santé ;
- soit à la date à laquelle le Membre participant ne relève plus de la catégorie de personnel définie au Certificat de souscription ;
- soit à la date du décès du Membre participant figurant sur l'acte de décès transmis à la Mutuelle.

Les garanties cessent le dernier jour du mois au cours duquel survient l'évènement, à minuit, à l'exception du décès du Membre participant.

La cessation des droits du Membre participant entraîne automatiquement la cessation de ceux de ses Ayants droit. Le droit aux prestations cesse à la date de la résiliation des garanties, sauf en ce qui concerne les prestations acquises avant la date d'effet de la résiliation des garanties.

En cas de cessation des garanties en cours de mois, la cotisation n'est due que pour la période durant laquelle le risque a couru.

ARTICLE 7 – MAINTIEN DES GARANTIES DANS LE CADRE DE LA PORTABILITÉ

Il est expressément rappelé que le dispositif de la Portabilité s'applique si et seulement si le Contrat a été mis en place par un acte juridique de mise en place conforme à l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale.

En cas de cessation de son Contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, le Membre participant bénéficie du maintien à titre gratuit des garanties afférentes au Contrat, conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du Contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier Contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers Contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le Souscripteur.

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien Salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise.

En conséquence, toute évolution du régime dont l'ancien Salarié relève, postérieure à sa sortie des effectifs du Souscripteur, lui est opposable.

Les Ayants droit du Membre participant qui bénéficient effectivement des garanties du Contrat à la date de la cessation de son Contrat de travail, sont également admis au bénéfice du maintien des garanties aux conditions susvisées.

L'ancien Salarié justifie de l'ensemble de ces conditions auprès de la Mutuelle, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties. L'ancien Salarié doit pour cela lui adresser une copie de l'avis de prise en charge « allocation de retour à l'emploi » et tout relevé de situation faisant apparaître le montant journalier de l'ARE et le point de départ de son versement.

Le Souscripteur est tenu :

- d'informer la Mutuelle de la cessation du Contrat de travail du Salarié ;
- d'informer le Salarié de ses droits à maintien dans son certificat de travail.

Cette information relève de la seule responsabilité pleine et entière du Souscripteur.

ARTICLE 8 – MAINTIEN DES GARANTIES DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI « ÉVIN » N°89-1009 DU 31 DÉCEMBRE 1989

Il est expressément rappelé que le dispositif de maintien des garanties prévu par le présent article s'applique si et seulement si, le Contrat a été mis en place par un acte juridique de mise en place conforme à l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale.

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi « Évin », la Mutuelle adresse une proposition de maintien de la couverture, sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaires médicaux :

- aux anciens Salariés Bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, s'ils sont privés d'emploi ou, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation de leur Contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties dans le cadre de la Portabilité ;
- aux personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter

du décès, dans le délai de 2 mois à compter du décès.

La Mutuelle doit recevoir la demande de maintien dans les 6 mois suivant la date de cessation du Contrat de travail, le terme de la période de Portabilité ou le décès du Salarié selon les circonstances.

La garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

Les tarifs applicables en cas de maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi « Évin » pourront être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux Salariés actifs selon les conditions et modalités définies par décret.

ARTICLE 9 – COTISATIONS

La tarification du présent Contrat est établie sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de sa conclusion.

ARTICLE 9.1 – STRUCTURE DE COTISATIONS

La cotisation afférente à la garantie surcomplémentaire « Renfort hospitalisation » est déterminée selon la structure de cotisations suivante :

- « Salarié isolé / Salarié + enfants / conjoint », la cotisation « isolé » couvrant le Salarié, la cotisation « Salarié + enfants » couvrant le Salarié et ses Enfants à charge tels que définis au Contrat « socle », la cotisation « conjoint » couvrant le conjoint tel que défini au Contrat « socle » ;
- « isolé / famille », le Salarié ne disposant d'aucun Ayant droit, ou dont le ou les Ayant(s) droit sont couverts au titre d'un autre régime s'acquitte d'une cotisation « isolé ». Le Salarié disposant d'un ou plusieurs Ayant(s) droit s'acquitte d'une cotisation « famille ».

En tout état de cause, la structure de cotisations figure au Certificat de souscription.

ARTICLE 9.2 – MONTANT DES COTISATIONS

Le montant des cotisations figure au Certificat de souscription.

Les montants des cotisations incluent les taxes applicables aux taux en vigueur au jour de la prise d'effet du présent Contrat. Elles sont toujours à la charge de celui qui acquitte la cotisation de manière à ce que la Mutuelle n'ait jamais à les supporter.

ARTICLE 9.3 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Le Membre participant s'engage au paiement d'une cotisation correspondant au total des cotisations dues par l'ensemble des personnes inscrites au bulletin d'Adhésion. Sous réserve d'une dérogation prévue au Certificat de souscription ou au bulletin d'Adhésion, la cotisation est annuelle et payable d'avance, par le Membre participant, par chèque ou par prélèvement en vertu d'un mandat de prélèvement SEPA dûment signé, selon les modalités définies au bulletin d'Adhésion.

L'appel des cotisations est effectué auprès du Membre participant au moment de l'Adhésion et lors de chaque renouvellement du Contrat.

La cotisation peut être financée en tout ou partie par le Souscripteur. Le cas échéant, la répartition des cotisations entre le Souscripteur et les Salariés est fixée par l'acte de mise en place du régime de protection sociale au sein de l'entreprise et le Souscripteur procède au remboursement de sa part auprès des Salariés qui sont seuls tenus au paiement de la cotisation auprès de la Mutuelle.

ARTICLE 9.4 – NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

Conformément à l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, lorsque le Souscripteur n'assure pas le précompte de la cotisation, le Membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise

en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le Membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'Adhésion ou au Contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

En tout état de cause, en cas de persistance de l'impayé, la Mutuelle se réserve le droit de recouvrer sa créance, par toute voie de droit.

ARTICLE 9.5 – RÉVISION DES COTISATIONS

Les cotisations mentionnées au Certificat de souscription peuvent être révisées au 1^{er} janvier de chaque exercice civil notamment en fonction de l'équilibre technique (rapport prestations/cotisations dit « P/C ») du Contrat.

La Mutuelle est tenue de notifier au Souscripteur la demande d'augmentation des cotisations justifiée par les résultats présentés dans les comptes de résultat au plus tard le 31 août de l'exercice précédent la prise d'effet de l'augmentation.

La tarification sera révisée conformément aux dispositions de l'article 2.4 des Conditions Générales.

ARTICLE 10 – PRESCRIPTION DES ACTIONS

Conformément à l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations mentionnées au présent Contrat sont prescrites dans le délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action du Souscripteur, du Membre participant 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 le Membre participant ou l'Ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

Conformément à l'article L.221-12 du Code de la Mutualité, la prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription suivantes : impossibilité d'agir, minorité, recours à la médiation, à la conciliation, à la procédure participative, mesure d'instruction, action de groupe, demande en justice, mesure d'exécution forcée, mesure conservatoire, reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, ou par le biais d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception, adressé par la Mutuelle au Souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le Membre participant ou, le cas échéant, l'Ayant droit, à la Mutuelle, en ce qui concerne le paiement de la prestation.

CHAPITRE II – DÉFINITION DES PRESTATIONS

Le Contrat permet aux Bénéficiaires de bénéficier des garanties surcomplémentaires en hospitalisation, telles que définies au tableau des garanties.

Conformément à l'article L.221-6 du Code de la Mutualité, la Mutuelle établit une notice qui définit les garanties

définies au tableau des garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Cette notice est remise à chaque Membre participant par le Souscripteur.

Conformément à l'article L.862-4, II du Code de la Sécurité sociale, la Mutuelle ne recueille pas, au titre du présent Contrat, d'informations médicales auprès des Membres participants ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, les cotisations ou primes ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des Membres participants. Cependant les garanties ne s'inscrivent pas dans le cadre du Contrat « responsable » visé à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 11 – PRESTATIONS REMBOURSÉES

La garantie couvre les Dépassements d'Honoraires médicaux et chirurgicaux pour les actes et consultations, remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, suite à une hospitalisation, dans les conditions définies au tableau des garanties.

Aucune prestation ne sera versée au titre du présent Contrat en cas de disparition du Contrat « socle » frais de santé.

Sauf exceptions expressément stipulées, les prestations prévues au titre des garanties visées au certificat de souscription, prennent effet à compter de la date d'Adhésion des Bénéficiaires.

ARTICLE 12 – LIMITES DES GARANTIES ET EXCLUSIONS

Sauf mention contraire figurant dans les tableaux de garanties annexés aux présentes, sont également exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- les frais engagés hors de France ;
- les Actes hors Nomenclature ;
- les soins résultant d'une cause non liée directement à une maladie ou un accident et non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, tels que les cures de rajeunissements, les traitements esthétiques, la transformation sexuelle, les cures d'amaigrissement ou de désintoxication ainsi que leurs suites ;
- les soins dispensés en unité ou centre de long séjour tels que visés aux articles L.174-5 et suivants du Code de la Sécurité sociale ;
- les séjours et frais au sein d'établissements médico-sociaux (par exemple : les maisons d'accueil spécialisées et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et en tout état de cause, les frais de séjour au titre d'hospitalisation (par exemple : médecine, chirurgie, Soins de suite et de réadaptation, psychiatrie, etc.) non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

En aucun cas, la Mutuelle ne prendra en charge les Dépassements d'Honoraires non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements.

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

ARTICLE 13 – PLAFOND DES REMBOURSEMENTS

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 du Bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le Bénéficiaire du Contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation

en s'adressant à l'organisme de son choix.

CHAPITRE III – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 14 – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Le bénéfice des prestations n'est accordé que si les cotisations dues à la Mutuelle ont été versées.

Sur demande expresse du Membre participant, le conjoint, le partenaire de PACS ou le concubin du Membre participant ayant la qualité d'Ayant droit peut percevoir directement les prestations pour lui-même et/ou pour les enfants dont il a la charge.

Sauf demande contraire du Membre participant, les relevés de prestations sont dématérialisés et accessibles sur l'espace sécurisé « adhérent » mis à sa disposition sur le site internet de la Mutuelle.

Les demandes de remboursements doivent, sous peine de déchéance des droits à prestations, être communiquées à la Mutuelle dans un délai maximum de 24 mois suivant la date des soins.

Elles sont accompagnées notamment :

- des décomptes de l'Assurance Maladie Obligatoire et/ou d'un autre organisme complémentaire s'il n'y a pas de télétransmission « NOEMIE » ;
- des factures détaillant les frais engagés, le cas échéant.

Outre ces documents, la Mutuelle peut en cas de nécessité demander toute pièce complémentaire nécessaire à une demande de remboursement des prestations.

Les frais liés à la transmission à la Mutuelle des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des Bénéficiaires de la prestation.

ARTICLE 15 – PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont réglées par virement bancaire sur le compte du Bénéficiaire correspondant au relevé d'identité bancaire transmis lors de l'Adhésion.

ARTICLE 16 – PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, la Mutuelle délivre un accord de prise en charge permettant, dans la limite des garanties, le paiement des frais médicaux et chirurgicaux (et le cas échéant, des frais annexes à l'hospitalisation) tels que définis par le tableau des garanties.

Si l'hospitalisation est consécutive à un accident de la circulation, la Mutuelle délivre un accord de prise en charge dans les conditions habituelles. Dans cette hypothèse, le Membre participant ou, le cas échéant, ses Ayants droit sont tenus de fournir à la Mutuelle les éléments permettant d'exercer un éventuel recours auprès des organismes d'assurances concernés tel que prévu à l'article 18 des Conditions Générales.

ARTICLE 17 – PRESTATIONS INDUES

La Mutuelle récupère les sommes indûment versées par tous moyens mis à sa disposition. En cas de prestations indûment versées aux Bénéficiaires du Contrat, la Mutuelle se réserve notamment le droit de recouvrer le montant des prestations indues sur les prestations à venir le cas échéant.

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

ARTICLE 18 – RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES

En cas de paiement des prestations par la Mutuelle à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, la Mutuelle est subrogée à l'assuré qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers

responsable, dans la limite des dépenses qu'elle a supportées, conformément aux dispositions légales.

CHAPITRE IV – OBLIGATIONS RÉCIPROQUES DES PARTIES

ARTICLE 19 – OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE

Lors de la conclusion du Contrat surcomplémentaire, la Mutuelle s'engage à délivrer au Souscripteur les Statuts de la Mutuelle et la notice d'information « renfort hospitalisation ».

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres participants, la Mutuelle remet au Souscripteur une notice d'information rectificative, à charge pour ce dernier d'en informer chaque Membre participant.

Conformément à l'article L.221-6 du Code de la Mutualité, la preuve de la remise de la notice d'information et des Statuts de la Mutuelle au Membre participant incombe au Souscripteur.

ARTICLE 20 – OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Le Souscripteur s'engage à remettre aux Bénéficiaires les Statuts de la Mutuelle et la notice d'information « renfort hospitalisation ».

La preuve de la remise de la notice aux Membres participant incombe au Souscripteur.

ARTICLE 21 – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 21.1 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les Données à caractère personnel des Bénéficiaires des garanties recueillies par la Mutuelle auprès du Souscripteur et, le cas échéant, auprès du Membre participant font l'objet de traitements (automatisés ou non automatisés) nécessaires aux finalités mentionnées dans la Charte de protection des Données à caractère personnel de la Mutuelle, notamment celles ci-dessous mentionnées et ce, en application de la base juridique sur laquelle repose ce traitement :

• En exécution du Contrat ou de mesures précontractuelles :

Il s'agit de toute opération ayant pour objet la passation, la gestion et l'exécution du Contrat et des garanties y afférentes, notamment :

- la gestion du Contrat à tous les stades de vie de celui-ci ;
- l'exécution du Contrat impliquant toute opération technique nécessaire à la mise en œuvre des garanties et des prestations ;
- le traitement du numéro d'inscription au répertoire (NIR) ;
- la création de l'espace sécurisé ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ;
- la réalisation, par les bénévoles MGC présidents de comités locaux, départementaux et régionaux, de leurs missions tendant notamment à renseigner les adhérents sur la situation de leur Contrat ;
- l'envoi de la revue mutualiste ;
- la mise à disposition du Club Avantages.

• Au regard de la poursuite de l'intérêt légitime de la Mutuelle :

Il s'agit notamment des opérations suivantes :

- la mise en place d'actions de prévention dans le domaine de la santé ;
- les relations commerciales et contractuelles en vue de proposer, par tout moyen, les services de la Mutuelle :

- opérations promotionnelles, de prospection, de fidélisation, de développement commercial pour des produits ou services analogues ;
- la gestion des avis sur ses produits et services ;

- opérations techniques de prospection (normalisation, enrichissement, déduplication...).

- la sélection de personnes en vue de réaliser des actions de fidélisation (y compris en ce qui concerne les opérations de parrainage), prospection, promotion, sondage, test des produits ou services ;
- l'information portant sur des opérations de communication externe relatives à des jeux, concours et événements ;
- la réalisation d'enquêtes de satisfaction, amélioration de la qualité des services de la Mutuelle ;
- la lutte contre la fraude en assurance ;
- la sécurisation de l'accès à l'espace entreprise et à l'application mobile ;
- la numérisation et le stockage des documents entrants.

• Au titre du respect d'une obligation légale :

- la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCBFT) ainsi que la détection de fonds et ressources économiques faisant l'objet d'une mesure de gel ou de sanctions ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, telles que des traitements relatifs à l'exécution de règles fiscales ou sociales.

• En application du consentement du Membre participant :

- la prospection commerciale par voie électronique, hors produits ou services analogues, y compris les services des partenaires de la Mutuelle ;
- la prospection commerciale par voie téléphonique, hors sollicitations dans le cadre de l'exécution ou ayant un rapport avec l'objet du contrat

Aussi, les Données à caractère personnel du représentant légal du Souscripteur et, le cas échéant, des référents habilités à utiliser l'espace Entreprise recueillies par la Mutuelle sont nécessaires à la passation, gestion et exécution du Contrat et à la création d'un espace sécurisé permettant la gestion en ligne du Contrat.

Les Données à caractère personnel collectées sont destinées à la Mutuelle, en sa qualité de responsable de traitement, et peuvent être transmises à ses partenaires (assureurs, co-assureurs, réassureurs, courtiers, organismes de sécurité sociale obligatoire, délégataires de gestion, sous-traitants, prestataires informatiques ou de services y compris tiers de confiance), à ses avocats ou personnes en charge de représenter ses intérêts, aux tuteurs, curateurs, ou toute autre personne justifiant de la qualité d'aide d'un adhérent en situation de dépendance, ainsi qu'aux présidents de ses comités locaux en vue de réaliser toute opération répondant aux finalités susmentionnées.

Elles sont conservées pour la durée nécessaire à la réalisation des finalités pour lesquelles elles ont été collectées puis archivées conformément aux délais légaux de prescription susceptibles de s'appliquer.

En revanche, les Données à caractère personnel des Bénéficiaires des garanties ne pourront être conservées, à des fins de prospection commerciale, par la Mutuelle que pendant un délai de 3 ans à compter de la fin de l'Affiliation.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données personnelles, s'agissant des Données à caractère personnel les concernant, le Souscripteur, le Membre participant et, le cas échéant ses Ayants droit Bénéficiaires disposent des droits ci-dessous mentionnés :

- d'accéder aux données les concernant. Pour ce faire, la Mutuelle fournit une copie des Données à caractère personnel faisant l'objet de traitements, sous réserve que celle-ci ne porte pas atteinte aux droits et libertés d'autrui. La Mutuelle peut exiger le paiement de frais raisonnables tenant compte des coûts administratifs pour toute copie supplémentaire demandée.

- de s'opposer, à tout moment, au traitement des Données à caractère personnel les concernant :

- à des fins de prospection commerciale, y compris à un profilage s'il est lié à une telle prospection ;
- fondé sur les intérêts légitimes poursuivis par la Mutuelle, y compris à un profilage réalisé sur ce fondement. Pour ce dernier cas, l'opposition doit être justifiée par des raisons tenant à la situation particulière de l'Adhérent ou ses Ayants droit.

Il est expressément précisé que le droit d'opposition au traitement des données personnelles ne s'applique pas au dispositif de Tiers payant. Si l'Adhérent souhaite s'opposer au traitement de ses données personnelles, il ne doit pas présenter sa carte de Tiers payant et ne bénéficiera pas du dispositif d'avance de frais.

- de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs Données à caractère personnel postérieurement au décès.

Ils peuvent également obtenir de la Mutuelle :

- la rectification ou la suppression des données les concernant ;
- la limitation du traitement de leurs Données à caractère personnel ;
- la Portabilité de leurs Données à caractère personnel.

Dans le cas où le traitement des Données à caractère personnel repose sur le consentement, celui-ci est recueilli :

- préalablement à l'Affiliation/Adhésion, par le biais du bulletin d'Affiliation/d'Adhésion au Contrat souscrit ;
- à tout moment, via tout autre formulaire de contact.

Ils ont également la possibilité de retirer leur consentement à tout moment. Le retrait de celui-ci ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ledit retrait.

Pour exercer l'un des droits susvisés, il vous faut adresser une lettre simple à la MGC à l'attention de Direction juridique et Conformité, 2 – 4 Place de l'Abbé Georges Hénocque, 75637 Paris Cedex 13 ou par mail à l'adresse suivante : service.dpo@m-g-c.com. En cas de doute raisonnable sur l'identité du demandeur, un justificatif d'identité pourra le cas échéant être demandé par la MGC.

Le Souscripteur, le Membre participant et, le cas échéant ses Ayants droit bénéficiaires, peuvent consulter la Charte de protection des données à caractère personnel sur le site Internet de la Mutuelle ou l'obtenir sur demande. Ils peuvent également contacter le Délégué à la Protection des données personnelles de la Mutuelle aux coordonnées suivantes : service.dpo@m-g-c.com.

Dans le cadre de la protection des Données à caractère personnel et du respect de la vie privée, ils peuvent saisir et introduire une réclamation auprès de la CNIL, 3 place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris Cedex 07.

ARTICLE 21.2 – DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Le Membre participant ne pourra être démarché téléphoniquement par la Mutuelle que dans le cadre de l'exécution de son contrat, et dès lors que cette sollicitation a un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de lui proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

ARTICLE 21.3 – RÉCLAMATION ET MÉDIATION

La Mutuelle MGC accorde une grande importance aux remarques et remontées de ses adhérents mais aussi à celles des tiers intéressés. C'est la raison pour laquelle elle a mis en place :

- Une procédure relative au traitement des réclamations et,
- Une procédure relative à la médiation si le traitement de votre réclamation ne vous a pas donné gain de cause ou satisfaction.

A. RÉCLAMATION

Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement envers la Mutuelle quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée. Elle peut émaner de toute personne, y compris en l'absence de relation contractualisée avec le professionnel : Membres participants ou Honoraires tels que définis à l'article 9 des Statuts, anciens adhérents, Bénéficiaires, personnes ayant sollicité de la Mutuelle la fourniture d'un produit ou service ou qui ont été sollicitées par la Mutuelle, y compris ses mandataires et leurs Ayants droit. Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation entrant dans le champ de la définition ci-dessus est à adresser au Service Réclamation prévu à cet effet.

Les réclamations peuvent lui être adressées comme suit :

- Par voie postale, à l'adresse suivante :
MGC, Service réclamations, TSA 91347, 75621 Paris Cedex 13.
- Par le site internet de la Mutuelle en se connectant sur l'espace Adhérent sécurisé,
- Via l'onglet contact du site internet de la Mutuelle.

Pour les réclamations susceptibles d'être formulées à l'oral ou par messagerie instantanée ne vous permettant pas de disposer d'une copie datée de la réclamation, nous vous invitons à les formaliser au moyen d'un support écrit durable. Cette formalisation ne sera pas nécessaire si la Mutuelle répond immédiatement et de façon satisfaisante à votre demande en direct.

La Mutuelle dispose d'un délai de 10 jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation, pour en accuser réception par écrit, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai. Une réponse définitive est apportée au réclamant dans un délai de deux mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

B. MÉDIATION

Après épuisement des voies de recours au sein de la Mutuelle, vous pouvez saisir le Médiateur de la Mutualité Française :

- soit à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, FNMF, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15 ;
- soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>.

En tout état de cause, vous pouvez, deux mois après l'envoi de votre réclamation (quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu) saisir le médiateur.

La saisine du médiateur n'est possible qu'à la condition que le traitement de la réclamation ne fasse pas l'objet d'une action contentieuse.

Pour être recevable, la saisine doit être accompagnée des documents ou justificatifs de la réclamation auprès de la Mutuelle.

En cas de dossier incomplet, le service médiation adressera au réclamant une demande de complément d'information.

La procédure de médiation sera conduite dans le respect des dispositions en vigueur dans le Règlement de la médiation de la Mutualité Française.

Les parties sont libres d'accepter ou de refuser la décision du médiateur.

Par ailleurs, la participation à la médiation n'exclut pas la possibilité d'un recours ultérieur devant la juridiction compétente.

ARTICLE 21.4 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute information et document pertinent dans le cadre de ses obligations relatives à la lutte contre le blanchiment

des capitaux et le financement du terrorisme issues du code monétaire et financier.

ARTICLE 21.5 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle Générale des Cheminots est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.), 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Notice d'information

MGC Santé Syntec

**Contrat collectif complémentaire « frais de santé »
à adhésion obligatoire avec options facultatives**

Applicables au 1^{er} janvier 2027



ATTESTATION DE REMISE DE NOTICES D'INFORMATION ET STATUTS

IMPORTANT / À REMETTRE À L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e),certifie avoir reçu de mon employeur :

- les statuts de la Mutuelle Générale des Cheminots,
- les notices d'information « frais de santé » et « assistance » afférentes au contrat collectif d'assurance complémentaire santé à Affiliation obligatoire.

À

Le

Cachet de l'employeur :

Signature du Salarié :

Sommaire

PRÉAMBULE.....	62
DÉFINITIONS PRÉALABLES	62
CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	63
ARTICLE 1 – OBJET	63
ARTICLE 2 – BÉNÉFICIAIRES.....	63
ARTICLE 3 – DATE D'EFFET DES GARANTIES	64
ARTICLE 4 – CESSATION DE LA GARANTIE	64
ARTICLE 5 – FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE.....	64
ARTICLE 6 – NON-PAIEMENT DES COTISATIONS	64
ARTICLE 7 – SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL.....	64
ARTICLE 8 – MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE L'ARTICLE L.911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE OU « DISPOSITIF DE PORTABILITÉ DES GARANTIES »	64
ARTICLE 9 – MAINTIEN DES GARANTIES DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI « ÉVIN » N° 89-1009 DU 31 DÉCEMBRE 1989.....	65
ARTICLE 10 – PRESCRIPTION DES ACTIONS	65
ARTICLE 11 – GARANTIES OPTIONNELLES	65
CHAPITRE II – DÉFINITION DES PRESTATIONS	66
ARTICLE 12 – PRESTATIONS REMBOURSÉES.....	67
ARTICLE 13 – LIMITES DES GARANTIES ET EXCLUSIONS.....	67
ARTICLE 14 – PLAFOND DES REMBOURSEMENTS.....	67
ARTICLE 15 – DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINES GARANTIES	67
CHAPITRE III – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	68
ARTICLE 16 – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS.....	68
ARTICLE 17 – PAIEMENT DES PRESTATIONS.....	69
ARTICLE 18 – TIERS PAYANT	69
ARTICLE 19 – PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE.....	69
ARTICLE 20 – PRESTATIONS INDUES.....	69
ARTICLE 21 – RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES	69
ARTICLE 22 – FONDS DE SOLIDARITÉ OLIVIER.....	69
ARTICLE 23 – DISPOSITIONS DIVERSES.....	69
ANNEXE	71
LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR UN REMBOURSEMENT.....	71

PRÉAMBULE

Votre employeur, relevant de la Convention collective nationale des Bureaux d'Etude Techniques, des Cabinets d'Ingénieurs-Conseils et des sociétés de conseil du 15 décembre 1987, a adhéré au régime complémentaire de frais de soins santé, satisfaisant aux conditions des Contrats responsables, à Adhésion obligatoire MGC SANTÉ ENTREPRISE – Offre SYNTEC afin de vous garantir, ainsi, le cas échéant, que vos Ayants droit, au titre des risques « frais de santé » dans le respect de l'accord de branche du 7 octobre 2015, modifié par les avenants n°3 du 28 novembre 2019, n°4 du 3 novembre 2020, n°5 du 21 février 2023, n°6 du 14 décembre 2023, n°7 du 18 décembre 2024 et n°8 du 14 février 2025 et « assistance ».

Afin de renforcer le niveau de vos remboursements, votre employeur a souscrit trois formules de garanties collectives optionnelles à Adhésion facultative, venant compléter si vous le souhaitez, la garantie obligatoire.

Ce Contrat, d'une durée d'un an à reconduction tacite, est régi par la loi française. Il a pour objet de garantir, en complément des prestations en nature versées par la Sécurité sociale, le remboursement de vos frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et ceux de vos Ayants droit dans la limite des garanties et des niveaux choisis.

Vous trouverez dans cette notice d'information un résumé de ce Contrat.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à votre employeur.

DÉFINITIONS PRÉALABLES

Les termes inscrits dans la présente notice ont la signification suivante.

« **100% santé** » : Dispositif par lequel les assurés couverts par un Contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100% santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% santé ». Les Contrats de complémentaire santé responsables remboursent quant à eux obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « 100% santé ». Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100% santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% santé ». Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100% santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100% santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

Depuis le 1^{er} décembre 2025, le dispositif du 100% Santé inclut la prise en charge des forfaits de location de véhicules pour personnes en situation de handicap utilisés sur le court terme (période de 3 mois qui peut être étendue de 3 mois supplémentaires, soit au maximum 6 mois de facturations consécutives sur une année glissante), inscrits à la nomenclature. Les dépassements afférents aux forfaits de location hebdomadaire et de

mise à disposition sont obligatoirement pris en charge par les contrats de complémentaire santé responsables.

Il en va de même pour les dépassements de certaines prothèses capillaires (classe II), inscrites à la nomenclature, qui ont intégré le dispositif du 100% Santé au 1^{er} janvier 2026.

Actes hors Nomenclature : actes et prestations n'étant pas inscrits sur la liste des actes et des prestations pris en charge ou remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire. Ces actes sont codifiés HN.

Adhésion : lien contractuel entre la Mutuelle et le Salarié ainsi, le cas échéant, que ses Ayants droit, au titre des garanties collectives facultatives.

Affiliation : lien contractuel entre la Mutuelle et le Salarié ainsi, le cas échéant, que ses Ayants droit, au titre des garanties collectives obligatoires.

Ayant droit : Bénéficiaire des garanties prévues au présent Contrat en raison de ses liens avec le Salarié tels que précisés dans les conditions générales et le Certificat de souscription.

Base de remboursement (BR) : assiette servant de base de calcul des prestations en nature servies par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Bénéficiaires : Salarié et, le cas échéant, ses Ayants droits, bénéficiant des garanties prévues par le Contrat.

Certificat de souscription : stipulations du Contrat, spécifiques à la situation du Souscripteur, précisant ou dérogeant aux conditions générales.

Contrat « responsable » : Contrat d'assurance complémentaire de frais de soins de santé respectant le cahier des charges, prévu aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale afin de bénéficier d'un traitement social et fiscal de faveur.

Dépassement d'Honoraires : part des Honoraires excédant la Base de remboursement (BR) de l'Assurance Maladie Obligatoire. La couverture complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si le Contrat le prévoit. Dans ce cas, le niveau de remboursement est plafonné pour les médecins non adhérents à l'OPTAM (obligation Contrat responsable).

Donnée à caractère personnel : toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable. Est réputée être une « personne physique identifiable » une personne physique qui peut être identifiée, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale.

Établissements de soins de suite : l'offre de soins en Soins de suite et de réadaptation s'organise autour d'établissements polyvalents, spécialisés, et d'établissements reconnus comme experts par les agences régionales de santé pour accompagner certaines situations complexes ou activités qui nécessitent la mise à disposition de compétences et d'équipements très spécifiques. La liste complète des centres de Soins de suite et de réadaptation est mise à jour régulièrement sur l'annuaire du site sanitaire-social.com.

Forfait journalier hospitalier : participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé.

Franchises médicales : sommes forfaitaires déduites des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires, et exclues du remboursement complémentaire.

Honoraires : Il s'agit de la rémunération d'un professionnel de santé libéral.

Les Honoraires peuvent être perçus dans un établissement hospitalier (en clinique ou dans le cadre du secteur privé à l'hôpital) ou dans un cabinet. Les

Honoraires médicaux (perçus par les médecins) se distinguent des Honoraires paramédicaux (perçus par les professionnels paramédicaux).

Honoraire limite de facturation (HLF) : montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour un acte donné.

Honoraires médicaux : Honoraires dus aux professionnels de santé (généralistes, spécialistes et radiologues) pour les consultations, visites et actes techniques médicaux hors hospitalisation.

Honoraires paramédicaux : Honoraires dus aux auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...).

Lentilles (ou Lentilles de contact) : Les Lentilles de contact sont des prothèses optiques posées sur la cornée. L'Assurance Maladie Obligatoire ne rembourse les Lentilles de contact que pour certains défauts visuels. S'agissant des Lentilles non remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire, seules les Lentilles correctrices et/ou thérapeutiques sont remboursées par la Mutuelle.

Liste des produits et prestations (LPP) : Liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie définie à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale et faisant partie de la Nomenclature.

Médecin traitant : médecin déclaré comme tel auprès de l'Assurance Maladie Obligatoire par tout assuré de plus de 16 ans, ou par ses représentants légaux lorsque l'assuré est âgé de moins de 16 ans.

Membre participant : Salarié du Souscripteur couvert au titre du Contrat.

Mutuelle : désigne la Mutuelle Générale des Cheminots (MGC), Mutuelle régie par le code de la Mutualité et soumise aux dispositions de son livre II.

Nomenclature : les Nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire. Elles définissent également les conditions de leur remboursement.

Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et OPTAM-ACO : dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention médicale et visant à encadrer les Dépassements d'Honoraires dans le but d'améliorer l'accès aux soins des patients.

Si le Contrat propose la prise en charge des Dépassements d'Honoraires des médecins non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-ACO) prévu par la convention nationale médicale, cette prise en charge est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

- la prise en charge du dépassement ne peut pas excéder un montant égal à 100% du tarif opposable ;
- elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même Contrat pour les Dépassements d'Honoraires de médecins qui adhèrent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-ACO), en respectant une différence au moins égale à 20% du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensé par le médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée).

Parcours de soins coordonnés : c'est le circuit que les patients doivent suivre pour être pris en charge médicalement de façon personnalisée. Organisé autour du Médecin traitant, il concerne tous les assurés de l'Assurance Maladie Obligatoire et leurs Ayants droit de moins de 16 ans.

Portabilité : maintien à titre gratuit du bénéfice des garanties collectives en vigueur dans l'entreprise au profit d'un ancien Salarié et, le cas échéant, de ses Ayants droit, en cas de cessation de son Contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, conformément à l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale.

Prix limite de vente (PLV) : Le Prix limite de vente (PLV)

d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente aux adhérents et à leurs Ayants droit. A défaut de fixation d'un Prix limite de vente, le prix est libre.

La Base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la Liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire est assortie d'un Prix limite de vente.

S'agissant des médicaments pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de Prix limite de vente.

Les aides auditives, les lunettes, les prothèses capillaires et les véhicules pour personnes en situation de handicap retenus dans les paniers « à prise en charge renforcée » ont des prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les Adhérents et leurs Ayants droit puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

Salarié : Salarié appartenant à la catégorie de personnel définie au Certificat de souscription.

Soins de suite et de réadaptation (SSR) : soins ayant vocation à prévenir ou à réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et à promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Les missions principales des SSR sont la rééducation d'un organe lésé en vue de sa restitution intégrale ou optimale, la réadaptation du patient pour lui permettre de s'adapter au mieux à ses limitations et le recouvrement maximal des conditions de vie de ce patient avant son séjour hospitalier.

Souscripteur : personne morale souscrivant le Contrat au profit d'une catégorie de personnel définie dans le Certificat de souscription.

Support durable : tout instrument offrant la possibilité aux parties de stocker des informations qui leur sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

Ticket modérateur : participation des assurés non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie égale à la différence entre la BR et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire, avant déduction d'une éventuelle participation forfaitaire ou franchise.

Tiers payant : dispense d'avance de frais par le Bénéficiaire. Ces frais sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire auprès des professionnels où ils ont été engagés.

CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 – OBJET

La présente notice définit les garanties prévues par le Contrat d'assurance collective complémentaire à Adhésion obligatoire, au sens du 2° du III de l'article L.221-2 du code de la mutualité, satisfaisant aux conditions des Contrats responsables, souscrit par votre employeur auprès de la Mutuelle, conformément aux dispositions prévues par les articles L.911-1 et suivants du code de la sécurité sociale ainsi que par l'accord du 7 octobre 2015, modifié par les avenants n°3 du 28 novembre 2019, n°4 du 3 novembre 2020, n°5 du 21 février 2023, n°6 du 14 décembre 2023, n°7 du 18 décembre 2024 et n°8 du 14 février 2025 relatif à la mise en place du régime complémentaire de frais de santé conclu dans le cadre de la convention collective nationale. Le cas échéant, elle définit les garanties optionnelles à Adhésion facultative également souscrites par votre employeur.

Elle définit leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

La charge de la preuve de la remise de la notice incombe à votre employeur.

ARTICLE 2 – BÉNÉFICIAIRES

ARTICLE 2.1 – DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES

Le Contrat souscrit par votre employeur entraîne l'Affiliation obligatoire des Salariés du Souscripteur appartenant à la catégorie de personnel définie par le Certificat de souscription.

Conformément à l'accord du 7 octobre 2015, votre Affiliation entraîne obligatoirement celle de vos enfants à charge. Vous avez également la possibilité d'affilier votre conjoint.

Est considéré comme votre conjoint :

- votre conjoint, marié et non séparé ;
- à défaut, votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) conformément à l'article 515-1 du code civil ;
- à défaut, votre concubin, sous réserve que votre concubin et vous-même viviez en couple au sens de l'article 515-8 du code civil depuis au moins deux ans ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union, soyez tous les deux libres de tout engagement, et que le concubinage fasse l'objet d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins.

Sont considérés comme Enfants à votre charge, et doivent faire l'objet d'une Affiliation dès lors qu'ils répondent à une des qualités suivantes :

- les enfants jusqu'à leur 18^e anniversaire (sans justificatif) ;
- les enfants jusqu'à leur 21^e anniversaire :
 - s'ils poursuivent des études ;
 - s'ils sont en Contrat d'apprentissage et qu'il s'agit de leur premier Contrat ou s'ils exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55% du SMIC, et qu'ils vivent sous le même toit que le Salarié ;
 - s'ils sont à la recherche d'un premier emploi, inscrits à ce titre à France Travail ;
- les enfants jusqu'à leur 28^e anniversaire s'ils poursuivent des études et sont affiliés à un régime obligatoire de sécurité sociale ;
- les enfants quel que soit leur âge s'ils sont atteints d'un handicap les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle et de percevoir un salaire imposable.

Tous les Bénéficiaires doivent être affiliés au régime général de la sécurité sociale ou assimilé.

Le périmètre des Bénéficiaires des garanties dépend de la structure de cotisations choisie par votre entreprise telle que définie ci-après :

- « Salarié + enfants / conjoint », la cotisation « Salarié + enfants » couvrant le Salarié et ses Enfants à charge et la cotisation « conjoint » couvrant le conjoint tels que définis au présent article ;
- « isolé / Salarié + enfants / conjoint », la cotisation « isolé » couvrant le Salarié, la cotisation « Salarié + enfants » couvrant le Salarié et ses Enfants à charge, la cotisation « conjoint » couvrant le conjoint tels que définis au présent article ;
- « isolé / famille », le Salarié ne disposant d'aucun Ayant droit, ou dont le ou les Ayant(s) droit sont couverts au titre d'un autre régime s'acquittent d'une cotisation « isolé ». Le Salarié disposant d'un ou plusieurs Ayant(s) droit s'acquittent d'une cotisation « famille ».

Le choix de la structure de cotisations s'applique de manière identique au régime obligatoire et au régime facultatif.

L'Affiliation des enfants à charge étant obligatoire, vous devez affilier tous vos enfants à charge, répondant aux

conditions susvisées, en fonction de votre situation familiale exacte.

ARTICLE 2.2 – MODALITÉS D'AFFILIATION

Vous devez remplir un bulletin d'Affiliation afin de pouvoir bénéficier des garanties du Contrat souscrit par votre employeur. Ce bulletin d'Affiliation dûment complété et signé par vous est accompagné des pièces justificatives suivantes :

- une copie d'une pièce justificative d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour) ;
- une attestation de droit justifiant de votre Affiliation à l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- un relevé d'identité bancaire au format IBAN pour le versement des prestations.

Il vous appartient d'inscrire vos Ayants droit sur le bulletin d'Affiliation et de joindre, le cas échéant, les pièces justificatives suivantes :

- une attestation de droit justifiant de l'Affiliation du ou des Ayants droit à l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- s'agissant du conjoint : une copie du livret de famille ;
- s'agissant du partenaire de PACS : une attestation d'engagement dans les liens d'un PACS ;
- s'agissant du concubin : un certificat de vie commune ou, à défaut, une attestation sur l'honneur de vie commune ;
- s'agissant des enfants âgés de 18 à 21 ans révolus vivant sous votre toit, titulaires d'un Contrat d'apprentissage, ou exerçant une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55% du SMIC ou à la recherche d'un premier emploi, inscrits à ce titre à France Travail : un justificatif de scolarité ou un certificat d'apprentissage ou une copie du Contrat de formation en alternance ou une copie du certificat d'inscription à France Travail ainsi qu'une attestation sur l'honneur de rattachement fiscal ou une attestation sur l'honneur d'hébergement de l'enfant majeur ;
- s'agissant des enfants âgés de 18 à 28 ans révolus vivant sous votre toit et poursuivant des études : un justificatif de scolarité ainsi qu'une attestation sur l'honneur d'hébergement de l'enfant majeur ;
- s'agissant des enfants handicapés, un justificatif de perception de l'allocation pour personnes handicapées, une copie de la carte d'invalidité ou une attestation CDAPH.

Concernant les enfants, ces justificatifs sont renouvelés tous les ans.

En tout état de cause, la Mutuelle doit recevoir votre dossier d'Affiliation dans un délai de 30 jours suivant la date d'effet du Contrat ou, le cas échéant, votre date d'embauche.

S'agissant des enfants à charge dont l'Affiliation est obligatoire, vous pouvez les modifier en cas de changement de situation familiale dûment justifiée.

L'Affiliation de votre conjoint étant facultative, vous pouvez en demander la modification :

- chaque 1^{er} janvier sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre de l'année précédente ;
- en cas de changement de situation familiale sous réserve de justifier de ce changement auprès de la Mutuelle dans le mois suivant l'événement.

En cas d'Affiliation d'un Ayant droit postérieurement à votre propre Affiliation, la date d'effet de son Affiliation intervient le 1^{er} jour suivant la date de signature du bulletin d'Adhésion modificatif, sous réserve que celui-ci parvienne complété et signé à la Mutuelle dans les 10 jours suivant cette date, à l'exception de l'inscription d'un nouveau-né, qui intervient au jour de la naissance ou de l'adoption si l'Affiliation est réalisée dans les 30 jours suivant cet événement.

L'enregistrement de l'Affiliation est notifié par la Mutuelle.

ARTICLE 2.3 – MISE À JOUR DES INFORMATIONS

Toute modification de votre situation ou, le cas échéant, de celle de vos Ayants droit, de quelque nature qu'elle

soit (par exemple : changement des coordonnées bancaires, de domicile, de caisse d'Assurance Maladie Obligatoire ou de régime de sécurité sociale, modification de la composition familiale, etc.) doit être notifiée dans les meilleurs délais à la Mutuelle par vos soins.

ARTICLE 2.4 – MODALITÉS DE RADIATION D'UN AYANT DROIT

L'Affiliation des Ayants droit cesse en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- en cas de décès de l'Ayant droit, la radiation prend alors effet à la date du décès. La demande de radiation doit être accompagnée de l'extrait de l'acte de décès ;
- en cas de perte de la qualité d'Ayant droit au regard de la définition prévue au présent article, la radiation prend alors effet au jour où votre Ayant droit a perdu cette qualité ;
- en cas de bénéfice d'un régime collectif complémentaire santé à Adhésion obligatoire en qualité de Salarié, la radiation prend alors effet au 1^{er} jour du mois suivant la déclaration de l'évènement adressée à la Mutuelle, accompagnée d'une attestation de l'employeur exposant notamment la nature des garanties, leur caractère obligatoire, la date d'effet de l'Adhésion du Salarié ;
- en cas de bénéfice du dispositif de protection complémentaire en matière de santé (« complémentaire santé solidaire »), la résiliation prend alors effet à compter de la date d'ouverture des droits à la « complémentaire santé solidaire ».

L'Affiliation de votre conjoint étant facultative, vous pouvez demander à la Mutuelle par lettre recommandée, ou envoi recommandé électronique, avec accusé réception la radiation de ce dernier au 31 décembre de l'année en cours, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.

En tout état de cause, la cotisation est due jusqu'à la date de radiation effective de l'Ayant droit.

ARTICLE 3 – DATE D'EFFET DES GARANTIES

Le Contrat entraîne l'Affiliation, à titre obligatoire, de chaque Salarié appartenant à la catégorie de personnel définie dans le Certificat de souscription et de ses enfants à charge, ainsi que, le cas échéant, de son conjoint, à la garantie souscrite par l'employeur, sous réserve :

- qu'il remplisse les conditions fixées par l'acte instituant le régime de protection sociale complémentaire au sein de l'entreprise ;
- des dispenses d'Affiliation d'ordre public ou de celles inscrites dans l'acte juridique instituant le régime.

Sous réserve du respect des conditions susvisées, votre Affiliation prend effet :

- soit à la date de prise d'effet du présent Contrat lorsque vous figurez à cette date dans les effectifs de la catégorie de personnel définie dans le Certificat de souscription ;
- soit à votre date d'embauche ou d'entrée dans la catégorie de personnel si elle est postérieure à la date d'effet du présent Contrat sous réserve d'avoir été déclaré à la Mutuelle dans les trente (30) jours de ladite date d'entrée ou d'embauche.

ARTICLE 4 – CESSATION DE LA GARANTIE

Les garanties cessent de plein droit :

- à la date de résiliation du Contrat souscrit par votre employeur ;
- à la date de rupture de votre Contrat de travail sous réserve, le cas échéant, des dispositions de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale relatif au dispositif de Portabilité ;
- à la date à laquelle vous ne relevez plus de la catégorie de personnel définie par le Certificat de souscription ;
- à la date de votre décès figurant sur l'acte de décès transmis à la Mutuelle.

Les garanties cessent le dernier jour du mois au cours duquel survient l'évènement, à minuit. Toutefois, dans le cas du décès du Salarié, la Mutuelle restitue la part de cotisation correspondant à la période postérieure à la date du décès.

La cessation de vos droits entraîne automatiquement la cessation de ceux de vos Ayants droit. Le droit aux prestations cesse à la date de la résiliation des garanties, sauf en ce qui concerne les prestations acquises avant la date d'effet de la résiliation des garanties.

En cas de cessation des garanties en cours de mois, la cotisation n'est due que pour la période durant laquelle le risque a couru.

ARTICLE 5 – FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

Les déclarations faites par vous servent de base à la garantie. La Mutuelle se réserve ainsi la possibilité de vérifier les données communiquées.

Conformément à l'article L.221-14 du code de la mutualité, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque, la garantie accordée par la Mutuelle est nulle. 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.

ARTICLE 6 – NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

Conformément à l'article L.221-8 du code de la mutualité, lorsque votre employeur assure le précompte de la cotisation, une mise en demeure lui est adressée en sa qualité de Souscripteur en cas de défaut de paiement d'une cotisation échue depuis plus de 10 jours. Cette mise en demeure est adressée au plus tôt 10 jours après l'identification de l'impayé, indépendamment du droit pour la Mutuelle d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur et de poursuivre en justice l'exécution du Contrat collectif. En cas de non-paiement au terme d'un délai de 30 jours après l'envoi de ce courrier, la garantie est suspendue.

Vous êtes informé qu'à l'expiration du délai, le défaut de paiement de la cotisation par votre employeur est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat souscrit par votre employeur, sauf si vous entendez vous substituer à votre employeur pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle peut procéder à la résiliation du présent Contrat 10 jours après la suspension de la garantie. La résiliation du présent Contrat entraîne la résiliation des garanties dont les Membres participants bénéficiaient au titre du Contrat.

Le Contrat non-résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement les frais de poursuite et de recouvrement.

En tout état de cause, en cas de persistance de l'impayé, la Mutuelle se réserve le droit de recouvrer sa créance par toute voie de droit.

ARTICLE 7 – SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

ARTICLE 7.1 – SUSPENSION INDEMNISÉE

La cotisation reste due, et les garanties maintenues en cas d'arrêt de travail lorsque votre Contrat de travail est suspendu et que vous bénéficiez d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par votre employeur, dans les cas suivants :

- congé de maternité, et d'adoption,
- congé de paternité,
- maladie ou accident du travail, accident de trajet,

toute autre cause ouvrant droit à maintien total ou partiel de salaire par le Souscripteur ou à indemnités journalières de sécurité sociale et/ou complémentaires financées au moins en partie par votre employeur qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ou à un revenu de remplacement versé par l'employeur,

- invalidité ouvrant droit au versement d'une pension d'invalidité au titre du régime de prévoyance.

ARTICLE 7.2 – SUSPENSION NON-INDEMNISÉE

Les garanties du Contrat sont suspendues pour vous et, le cas échéant, vos Ayants droit, lorsque votre Contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, et que vous ne bénéficiez pas, pendant la période de suspension, d'un maintien de salaire total ou partiel de votre employeur ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par votre employeur ou d'un revenu de remplacement versés par l'employeur et notamment dans les cas suivants :

- congé sans solde d'une durée supérieure ou égale à un mois ;
- congé sabbatique ;
- congé parental d'éducation ;
- congé pour création d'entreprise ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation, de captivité.

La période de suspension des garanties intervient de plein droit à la date de suspension du Contrat de travail et s'achève à votre reprise effective du travail, sous réserve que la Mutuelle en soit informée dans le délai de trois mois suivant cette reprise. À défaut, la période de suspension de la garantie prend fin à la date à laquelle la Mutuelle est informée de votre reprise effective du travail.

Aucune cotisation n'est due pour vous et, le cas échéant, vos Ayants droit, lorsque les garanties ont été suspendues en cas de suspension de Contrat de travail non indemnisée. Les soins survenus pendant la période de suspension des garanties ne donnent lieu à aucune prise en charge au titre du Contrat.

Toutefois, lorsque la garantie est suspendue vous pouvez demander à la Mutuelle un maintien de votre garantie à titre individuel pendant cette période moyennant le paiement de la cotisation intégrale (part salariale et part patronale) sous réserve que la demande parvienne à la Mutuelle dans le délai d'un mois suivant l'évènement.

Lorsque vous bénéficiez du maintien à titre individuel des garanties collectives ou que vous bénéficiez d'un autre Contrat complémentaire « frais de santé » proposé par la Mutuelle pendant la durée de la suspension non indemnisée de votre Contrat de travail, vous devez signer à titre individuel un bulletin d'Adhésion.

ARTICLE 8 – MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE L'ARTICLE L.911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE OU « DISPOSITIF DE PORTABILITÉ DES GARANTIES »

En cas de cessation de votre Contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, vous bénéficiez d'un maintien à titre gratuit des garanties afférentes au Contrat, conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale.

Le coût de ce maintien à titre gratuit est intégré à la tarification du Contrat souscrit par votre employeur et est ainsi mutualisé.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du Contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier Contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers Contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné

à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez votre employeur. Les garanties maintenues à votre bénéfice sont celles en vigueur dans l'entreprise.

En conséquence, toute évolution du régime dont vous relevez, postérieure à votre sortie des effectifs de l'entreprise, vous est opposable.

Vos Ayants droit qui bénéficient effectivement des garanties du Contrat à la date de la cessation de votre Contrat de travail, sont également admis au bénéfice du maintien des garanties aux conditions susvisées.

Vous devez justifier de l'ensemble de ces conditions auprès de la Mutuelle, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties. Vous devez pour cela adresser une copie de l'avis de prise en charge « allocation de retour à l'emploi » et tout relevé de situation faisant apparaître le montant journalier de l'ARE et le point de départ de son versement.

Votre employeur est tenu :

- d'informer la Mutuelle de la cessation de votre Contrat de travail ;
- de vous informer de vos droits à maintien dans votre certificat de travail.

Cette information relève de la seule responsabilité pleine et entière de votre employeur.

ARTICLE 9 – MAINTIEN DES GARANTIES DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI « ÉVIN » N° 89-1009 DU 31 DÉCEMBRE 1989

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi « Évin », la Mutuelle adresse une proposition de maintien de la couverture, sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaires médicaux :

- aux 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, dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation de leur Contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties dans le cadre de la Portabilité ;
- aux personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, dans le délai de 2 mois à compter du décès.

La Mutuelle doit recevoir la demande de maintien dans les 6 mois suivant, selon les circonstances :

- la date de cessation du Contrat de travail,
- le terme de la période de Portabilité

ou

- décès du Salarié.

La garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

Les tarifs applicables en cas de maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi « Évin » ne pourront être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux Salariés actifs selon les conditions et modalités définies par décret.

ARTICLE 10 – PRESCRIPTION DES ACTIONS

Conformément à l'article L.221-11 du code de la mutualité, toutes actions dérivant des opérations mentionnées au présent Contrat sont prescrites dans le délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action du Souscripteur, du Membre participant 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 le Membre participant ou l'Ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

Conformément à l'article L.221-12 du code de la mutualité, la prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription suivantes : impossibilité d'agir, minorité, recours à la médiation, à la conciliation, à la procédure participative, mesure d'instruction, action de groupe, demande en justice, mesure d'exécution forcée, mesure conservatoire, reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée, ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressé par la Mutuelle au Souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le Membre participant ou, le cas échéant, l'Ayant droit, à la Mutuelle, en ce qui concerne le paiement de la prestation.

ARTICLE 11 – GARANTIES OPTIONNELLES

Ces garanties sont régies par les mêmes règles que les garanties obligatoires, sous réserve des articles ci-dessous.

ARTICLE 11.1 – MODALITÉS D'ADHÉSION À UNE GARANTIE OPTIONNELLE

Vous pouvez, avec vos Ayants droit, adhérer, à titre facultatif, par la signature d'un bulletin d'Adhésion, à une formule de garanties optionnelles choisie par votre employeur.

L'Adhésion prend effet au 1^{er} jour du troisième mois suivant la réception par la Mutuelle du bulletin d'Adhésion dûment complété et signé, et accompagné de toutes les pièces justificatives.

Par exception, lorsque l'Adhésion est concomitante à celle de l'Affiliation au régime obligatoire, elle prend effet au même moment que la prise d'effet de ladite Affiliation.

L'Adhésion est souscrite pour une durée de douze mois minimums et vient à échéance le 31 décembre de l'année au cours de laquelle cette durée minimum est atteinte.

Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

Le changement de niveau de garantie optionnelle facultative prend effet suivant l'expiration d'un délai de prévenance de deux mois à compter de la réception de la demande par la Mutuelle.

En tout état de cause, tout changement de niveau de garantie optionnelle emporte à compter de sa prise d'effet renonciation au droit de formuler une nouvelle demande de changement de niveau de garantie optionnelle pour une durée minimale d'une année, sauf événements exceptionnels et fait redémarrer le délai d'un an pour bénéficier du droit à résiliation à tout moment de cette option.

ARTICLE 11.2 – CESSATION DES GARANTIES

Après expiration d'un délai d'un an à compter de l'Adhésion, vous pouvez résilier votre garantie facultative en notifiant votre décision à la Mutuelle par le biais de votre employeur ou vous-même par :

- Une lettre ou tout autre Support durable,
- Une déclaration au siège de la Mutuelle ou chez le représentant de la Mutuelle,
- Un acte extrajudiciaire,
- Tout moyen de communication à distance susceptible d'être utilisé pour l'Adhésion à un Contrat.

La demande sera prise en compte un mois après la date de réception par la Mutuelle de la notification de la résiliation.

En cas de modification de vos droits et obligations au titre de la garantie optionnelle, vous pouvez mettre fin à

votre Adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise, par votre employeur, de la notice d'information.

Conformément à l'article L.221-18 du code de la mutualité, en cas d'Adhésion réalisée dans le cadre d'une vente à distance (ex : internet), vous disposez d'un délai de quatorze jours calendaires révolus, soit à compter du jour où l'Adhésion a pris effet, soit à compter du jour où vous avez reçu les conditions d'Adhésion et informations si cette date est postérieure à la date de prise d'effet de l'Adhésion, pour renoncer à votre Adhésion par lettre ou tout autre support durable. Vous n'avez pas à justifier vos motifs ni à supporter de pénalités. Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Si vous n'avez jamais reçu les informations prévues à l'article susvisé ainsi que les conditions contractuelles, le délai de renonciation expire un an et quatorze jours calendaires après l'adhésion. Si vous n'avez pas été informé de votre droit de renonciation, ce droit s'exerce sans limitation de durée.

Lorsque l'adhésion a été réalisée au moyen d'une interface en ligne, vous pouvez exercer votre faculté de renonciation en utilisant la fonctionnalité en ligne prévue à cet effet sur le site internet de la Mutuelle.

En cas de renonciation, la garantie est résiliée à compter de la date d'effet de l'Adhésion et les dispositions suivantes s'appliquent :

- si des prestations ont été versées, vous vous engagez à rembourser la Mutuelle des montants perçus dans un délai de trente jours ;
- si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle vous les rembourse dans un délai de trente jours.

Conformément à l'article L.221-18-1 du code de la mutualité, en cas d'Adhésion réalisée dans le cadre d'un démarchage à votre domicile, à votre résidence ou à votre lieu de travail, vous disposez d'un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'Adhésion pour renoncer à votre Adhésion aux garanties optionnelles facultatives sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités par lettre recommandée, ou envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception au siège de la Mutuelle.

En cas de renonciation, l'Adhésion prend alors fin à compter de la date de réception de la lettre précitée. La Mutuelle rembourse les sommes versées par vous dans un délai de 30 jours à compter du jour où l'Adhésion prend fin, sous déduction de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, qui reste due.

Vous ne pouvez plus exercer ce droit de renonciation lorsque vous avez connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie.

L'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si vous exercez votre droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie et dont vous n'avez pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Dans les deux cas, pour exercer votre droit de renonciation, vous pouvez utiliser le modèle ci-dessous et devez joindre, impérativement, les deux exemplaires de votre carte de Tiers payant en cours de validité :

Je soussigné(e) M..... (nom, prénom, et numéro d'adhérent),
demeurant..... déclare renoncer à mon Adhésion à la garantie complémentaire santé – Formule..... (nom de la formule) souscrite auprès de la Mutuelle MGC le
Fait, le (date) Signature

ARTICLE 11.3 – FAUSSE DÉCLARATION NON-INTENTIONNELLE

Conformément à l'article L.221-15 du code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de votre part, lorsque la mauvaise foi n'est pas établie, a les effets suivants :

• si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'Adhésion dans le cadre du Contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par vous ; à défaut d'accord, le bulletin d'Adhésion ou le Contrat prend fin dix jours après notification adressée à votre intention par lettre recommandée. La Mutuelle vous restitue la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

• si elle n'est constatée qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par vous par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

CHAPITRE II – DÉFINITION DES PRESTATIONS

Le Contrat souscrit par votre employeur vous permet de bénéficier des garanties complémentaires « frais de santé », telles que définies au tableau des garanties. Celles-ci incluent le cas échéant, une garantie « assistance ».

Conformément à l'article L.862-4, II du code de la sécurité sociale, l'organisme ne recueille pas, au titre du présent Contrat, d'informations médicales auprès des Bénéficiaires, les cotisations ou primes ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des Bénéficiaires et les garanties s'inscrivent dans le cadre du Contrat « responsable » visé à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale et sont conformes au cahier des charges défini aux articles R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale. Ces garanties respectent également les obligations prévues à l'article L.911-7 du code de la sécurité sociale relatif au panier de soins minimum.

À ce titre, les garanties prennent en charge :

1. l'intégralité du Ticket modérateur défini aux deux derniers alinéas du I de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale, et à l'article R.160-5 du même code pour les actes et prestations couverts par l'Assurance Maladie Obligatoire, y compris les prestations liées à la prévention. Toutefois, cette prise en charge n'est pas obligatoire pour les cures thermales, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou à 30% ainsi que pour les spécialités et préparations homéopathiques ;
2. l'intégralité du Forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale, sans limitation de durée ;
3. les frais de soins dentaires prothétiques à hauteur :
 - pour ceux définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (panier « 100% santé »), des frais restant à la charge du Bénéficiaire après remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
 - et, en tout état de cause, d'au moins 125% de la Base de remboursement ;
4. les frais de soins d'orthopédie dentofaciale à hauteur d'au moins 125% de la Base de remboursement ;
5. les équipements d'optique médicale :

Les garanties prennent en charge selon la formule souscrite un équipement optique composé d'une monture et de deux verres, par période de deux ans. Toutefois, la prise en charge de la Mutuelle est annuelle pour les enfants de moins de 16 ans. Pour les enfants de moins de 6 ans, la prise en charge est possible au terme d'une période minimale de 6 mois uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Ce délai s'apprécie à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Par exception, il peut être dérogé à ces délais :

- En cas d'évolution de la vue, dans les situations limitativement énumérées par la réglementation :
 - Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + monture) sera

possible à l'issue d'une période d'un an pour les Bénéficiaires de 16 ans et plus ;

- Le renouvellement de la prise en charge des verres uniquement sera possible sans délai pour les Bénéficiaires de moins de 16 ans.
- En cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières dont la liste est fixée par la réglementation : le renouvellement de la prise en charge des verres sera possible sans délai.

Si vous ou un de vos Ayants droit présentez un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvez ou ne souhaitez pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la Mutuelle prend en charge deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin), par période de deux ans sous réserve de présentation de l'ordonnance d'un ophtalmologue mentionnant l'intolérance ou contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux.

- Pour l'acquisition d'un équipement relevant du panier donnant lieu à une prise en charge renforcée par l'Assurance Maladie Obligatoire (panier 100% santé), la Mutuelle prend en charge intégralement les frais que vous ou vos Ayants droit avez exposés dans la limite des Prix limites de vente prévus par les textes en vigueur.
- Pour l'acquisition d'un équipement relevant du panier « à tarifs libres » donnant lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle prend en charge le Ticket modérateur et le cas échéant, un forfait, dont le montant figure au tableau des garanties et varie en fonction de la gamme et de la formule souscrite.

La prise en charge minimale de l'équipement optique par la Mutuelle ne peut être inférieure ou supérieure, quel que soit le niveau de garantie, aux planchers et plafonds fixés aux articles R.871-2 et D.911-1 du Code de la Sécurité sociale et s'effectue dans la limite de la dépense engagée.

À titre d'information, les planchers et plafonds, applicables par équipement, fixés aux articles susvisés s'établissent comme suit :

- 2 verres simples : 100 à 420 euros
- 1 verre simple + 1 verre complexe : 150 à 560 euros
- 2 verres complexes : 200 à 700 euros
- 1 verre simple + 1 verre très complexe : 150 à 610 euros
- 1 verre complexe + 1 verre très complexe : 200 à 750 euros
- 2 verres très complexes : 200 à 800 euros

Les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessus incluent la part des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et la participation de la Mutuelle pour l'acquisition de l'équipement.

En tout état de cause, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement optique est limitée à 100 euros.

Entrent dans la catégorie des verres simple foyer (unifocaux sphériques ou sphéro-cylindriques), les verres dont :

- la sphère est comprise entre – 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- la sphère est comprise entre – 6,00 à 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Entrent dans la catégorie des verres complexes,

- les verres simples (unifocaux sphériques ou sphéro-cylindriques) dont :
 - la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ;
 - la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est supérieure à 6,00 dioptries ;

• les verres multifocaux ou progressifs (sphériques ou sphéro-cylindriques) dont :

- la sphère est comprise entre – 4,00 et +4,00 dioptries ;
- la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;
- la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Entrent dans la catégorie des verres très complexes, les verres multifocaux ou progressifs (sphériques ou sphéro-cylindriques) dont :

- la sphère est hors zone de – 4,00 à +4,00 dioptries ;
- la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;
- la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est supérieure à 8,00 dioptries.

Il est possible de combiner les verres, relevant d'un même panier (« 100% santé » ou « tarifs libres »), de la façon suivante : 2 verres simples ; 2 verres complexes ; 2 verres très complexes ; 1 verre simple + 1 verre complexe ; ou 1 verre simple + 1 verre très complexe ; ou 1 verre complexe + 1 verre très complexe.

6. la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la LPP ;
7. le cas échéant, les Dépassements d'Honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-ACO) prévu par la convention médicale dans les conditions cumulatives suivantes :
 - la prise en charge des Dépassements d'Honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un de ces dispositifs ne peut excéder 100% du tarif de responsabilité ;
 - la prise en charge des Dépassements d'Honoraires ne peut excéder la prise en charge des Dépassements d'Honoraires de médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, minorée de 20% du tarif de responsabilité ;
8. les dispositifs médicaux d'aide auditive à hauteur :

- des frais restant à la charge du Bénéficiaire après remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire pour les dispositifs appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale (panier « 100% santé ») ;
- au maximum de 1700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et le Ticket modérateur, pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire dans les conditions précisées par la LPP.

9. l'intégralité du ticket modérateur sur les consultations et actes externes des établissements de santé conventionnés ou non ;
10. les prothèses capillaires à hauteur :

> a minima du ticket modérateur sauf prise en charge intégrale de la base de remboursement par l'AMO et selon le pourcentage prévu aux tableaux des garanties ;

> des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 pour les prothèses capillaires appartenant à une classe faisant l'objet d'une prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1.

11. les véhicules pour personnes en situation de handicap à hauteur :

- > a minima du ticket modérateur sauf prise en charge intégrale de la base de remboursement par l'AMO et selon le pourcentage prévu aux tableaux des garanties ;
- > des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 pour des véhicules destinés à des personnes en situation de handicap inscrits sur la liste mentionnée à l'article L.165-1 et faisant l'objet d'une prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1.

Les garanties du Contrat souscrit par votre employeur sont révisées en cas d'évolution de la législation et réglementation de l'assurance maladie.

En cas de modification de votre Contrat, la Mutuelle notifiera à votre employeur, les évolutions envisagées ainsi que les conditions générales mises à jour, le cas échéant, au plus tard, trois mois avant leur date d'entrée en vigueur. Votre employeur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit les propositions étant rappelé que le silence vaut acceptation. Les modifications sont réputées acceptées à défaut d'opposition de votre employeur. En cas de désaccord sur les propositions de modifications formulé expressément par le Souscripteur, le Contrat sera résilié de plein droit. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt 1 mois après l'expiration du délai précité de 30 jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des Membres participants par votre employeur.

Par ailleurs la Mutuelle transmettra à votre employeur une notice d'information mise à jour.

ARTICLE 12 – PRESTATIONS REMBOURSÉES

Les frais de santé concernés par la garantie sont ceux occasionnés par des soins reçus en France, sous réserve des dispositions de l'article 15.4 « FRAIS DE SOINS A L'ÉTRANGER ».

Sont couverts tous les actes et frais courant sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé de l'Assurance Maladie Obligatoire au titre de la législation « maladie », « accidents » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en charge par cette dernière mais expressément mentionnés au tableau des garanties.

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la Base de remboursement et/ou exprimés en euros et incluent le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Les garanties des options facultatives incluent les remboursements au titre des garanties obligatoires.

Sauf exceptions expressément stipulées, les prestations prévues au titre des garanties, visées dans le Certificat de souscription, prennent effet à compter de la date d'Affiliation des Bénéficiaires.

ARTICLE 13 – LIMITES DES GARANTIES ET EXCLUSIONS

Conformément à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale et à ses textes réglementaires d'application, définissant les conditions du Contrat « responsable », ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- la participation forfaitaire et les Franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13, II et III du code de la sécurité sociale ;
- la majoration de participation de l'assuré visée à l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale en cas de non-respect du Parcours de soins coordonnés ainsi qu'à l'article L.1111-15 du code de la santé publique ;
- la prise en charge des Dépassements d'Honoraires sur le tarif des actes et consultations visés à l'article L.162-5, 18° du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;

- la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L.322-5 du code de la sécurité sociale pour refus de transport partagé.

Sauf mention contraire figurant dans le tableau des garanties, sont également exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- les frais engagés au titre d'actes prescrits avant la date d'effet de l'Affiliation ou de l'Adhésion ou après leur cessation ;
- les frais engagés hors de France, sauf en cas de prise en charge de ces frais par l'Assurance Maladie Obligatoire française. Dans ce cas, la prise en charge par la Mutuelle sera limitée au Ticket modérateur ;
- les Actes hors Nomenclature ;
- les soins résultant d'une cause non liée directement à une maladie ou un accident et non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, tels que les cures de rajeunissements, les traitements esthétiques, la transformation sexuelle, les cures d'amaigrissement ou de désintoxication ainsi que leurs suites ;
- les séjours et frais au sein d'établissements médico-sociaux (ex : maison d'accueil spécialisée ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et en tout état de cause, les frais de séjour au titre d'hospitalisation (par exemple : médecine, chirurgie, Soins de suite et de réadaptation, psychiatrie) non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- les soins et les frais engagés au titre d'une cure thermique même prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- les actes de parodontologie non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- les soins dispensés en unité ou centre de long séjour tels que visés aux articles L.174-5 et suivants du code de la sécurité sociale.

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

ARTICLE 14 – PLAFOND DES REMBOURSEMENTS

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par les articles L.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale.

Les plafonds de remboursement sont fixés pour une année civile, sauf dispositions particulières.

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.

ARTICLE 15 – DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINES GARANTIES

ARTICLE 15.1 – HOSPITALISATION

La garantie couvre l'intégralité du Ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, y compris :

- la participation forfaitaire prévue à l'article R.160-16 du code de la sécurité sociale ;
- la participation forfaitaire prévue à l'article L.160-13 du code de la sécurité sociale en cas de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation ;
- les frais de séjour hospitaliers : la Mutuelle verse le Ticket modérateur, pour les frais de séjours, en cas d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, au sein d'un établissement de santé ;

- les séjours en établissements non conventionnés : la Base de remboursement retenue par la Mutuelle sera celle déclarée par l'Assurance Maladie Obligatoire sur la base des tarifs en vigueur ;
- les honoraires : Honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux afférents aux soins dispensés au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé.

Les Dépassements d'Honoraires pour les actes et consultations des médecins sont pris en charge par la Mutuelle, de façon globale lors de l'hospitalisation, dans les conditions prévues par la garantie, telles que définies au tableau de garantie, en opérant une différenciation et un plafonnement des remboursements selon que les médecins sont ou non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO).

- le forfait journalier des établissements de santé (hors établissements médico-sociaux et longs séjours) : le forfait journalier des établissements de santé est pris en charge sans limitation de durée, quelle que soit la nature de l'hospitalisation (médecine, chirurgie, psychiatrie, Soins de suite et de réadaptation), sous réserve que cette dernière soit prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- les honoraires médicaux : les Dépassements d'Honoraires pour les actes et consultations des médecins sont pris en charge par la Mutuelle, dans les conditions prévues au tableau des garanties, en opérant une différenciation et un plafonnement selon que les prestations sont réalisées ou non dans le cadre du dispositif OPTAM (option de pratique tarifaire maîtrisée) ;
- la participation forfaitaire pour actes lourds : elle correspond à la participation ci-dessus rappelée, et prévue au I de l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale. Il s'agit d'un Ticket modérateur forfaitaire à la charge de l'assuré sur certains actes.

- Cette participation forfaitaire s'applique sur les actes pratiqués, en ville ou en établissement de santé, dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros, ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'Assurance Maladie Obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60.

- Depuis le 1^{er} avril 2026, le montant de cette participation est de 32 euros. Cette participation forfaitaire est intégralement prise en charge par la Mutuelle, sauf dans le cas où elle est remboursée par le régime obligatoire ;

- la chambre particulière en établissements de santé (hors établissements médico-sociaux et longs séjours) : les dépenses afférentes à la chambre particulière dans les établissements de santé, sont prises en charge sans limitation de durée en médecine, chirurgie, psychiatrie, Soins de suite et de réadaptation (uniquement au sein d'une structure figurant dans l'annuaire du site sanitaire-social.com, répertoriant la liste complète des centres de SSR) et obstétrique. En cas d'hospitalisation du Membre participant ou de son Ayant droit, la Mutuelle prend en charge les frais de location d'un téléviseur ou ceux afférents à un forfait internet (Wifi) dans le cadre d'un forfait journalier fixé au tableau des garanties, pour une durée maximale de 30 jours par hospitalisation, et dans la limite de la dépense réelle. Cette garantie est accessible dès lors qu'il y a hospitalisation, sans limitation quant au nombre d'hospitalisations dans l'année ;
- les frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation : la Mutuelle verse, lors d'une hospitalisation pour l'accompagnement d'un Ayant droit, une allocation journalière dont le montant figure au tableau de garanties dans la limite des dépenses facturées par l'établissement hospitalier ou la maison d'accueil hospitalière adhérente à la Fédération des maisons d'accueil hospitalières. En tout état de cause, seuls les repas fournis par l'établissement hospitalier pourront faire l'objet d'une prise en charge.

ARTICLE 15.2 – OPTIQUE

A. CHIRURGIE RÉFRACTIVE

Selon la garantie choisie, l'intervention chirurgicale réfractive non remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire est prise en charge par la Mutuelle, dans la limite d'un forfait dont le montant est fixé au tableau des garanties, exprimé par œil et par Bénéficiaire.

B. OFFRECLAIR

Lorsque l'achat a lieu chez un opticien partenaire Santéclair, vous, ainsi que vos Ayants droit, avez la possibilité de bénéficier du remboursement intégral d'un équipement composé de 2 verres de marque et d'une monture Origine France Garantie (dans un choix de 80 montures). Les verres comportent un traitement aminci, anti-rayures et anti-reflets, répondent à tous les besoins de correction visuelle et sont disponibles chez tous les opticiens partenaires Santéclair.

La liste des opticiens-partenaires Santéclair est accessible dans votre espace adhérent MGC sur Mutuellemgc.fr ou sur simple demande en contactant votre conseiller MGC.

C. LENTILLES

Pour l'acquisition de Lentilles de contact, remboursées ou non par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle verse un forfait annuel, dont le montant figure au tableau des garanties et varie en fonction du niveau de garantie souscrit (sous réserve pour l'adhérent de présenter une copie de l'ordonnance et de la facture détaillée acquittée).

ARTICLE 15.3 – DENTAIRE

Sont couverts, a minima, le Ticket modérateur pour les soins dentaires (y compris les consultations dentaires).

Pour les prothèses dentaires relevant du panier « à Honoraires maîtrisés » ou du panier « à Honoraires libres », donnant lieu ou non à un remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle verse une participation dans la limite d'un plafond. Ce plafond est exprimé en nombre de prothèses par année civile et par Bénéficiaire. Ce nombre figure au tableau des garanties et varie selon la formule choisie.

Une fois ce plafond atteint, pour les soins dentaires prothétiques relevant du panier « à Honoraires maîtrisés » ou du panier « à Honoraires libres », la prise en charge par la Mutuelle sera limitée à hauteur de 125 % de la Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire dont la part de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les prothèses relevant du panier à « Honoraires limités » sont par ailleurs prises en charge dans la limite des Honoraires limites de facturation en vigueur.

Les remboursements au titre de l'implantologie et la parodontologie pris en charge ou non par l'Assurance Maladie Obligatoire et au titre des prothèses provisoires et transitoires prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire s'effectuent dans les conditions prévues par la garantie en dehors du plafond dentaire annuel mentionné ci-dessus. Seuls les actes d'implantologie et de parodontologie faisant l'objet d'une codification dans les conditions prévues par la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) pourront être pris en charge.

En tout état de cause, pour ce qui concerne la parodontologie non remboursée par la sécurité sociale, seules les prestations suivantes sont prises en charge par la Mutuelle :

- curetage parodontal,
- réaménagement de la gencive péri-implantaire,
- chirurgie parodontale par lambeau,
- greffe de gencive.

ARTICLE 15.4 – FRAIS DE SOINS À L'ÉTRANGER

Les soins engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie français, dans la limite du Ticket modérateur sauf mention contraire prévue au tableau des garanties.

En conséquence, les actes à l'étranger hors nomenclature ne sont pas remboursés par la Mutuelle.

Les remboursements sont effectués en euros.

ARTICLE 15.5 – PRÉVENTION

Les vaccins non-remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire sont pris en charge selon la garantie souscrite et dans la limite d'un forfait annuel dont le montant est fixé par le tableau des garanties.

Le vaccin anti-grippe est pris en charge sous réserve que la formule de garantie souscrite le prévoit et dans la limite des frais réellement engagés tels que visés au tableau des garanties.

L'ostéodensitométrie est prise en charge selon la garantie choisie et dans la limite d'un forfait annuel dont le montant est fixé par le tableau des garanties.

Les prestations diététiques prescrites par un diététicien ou un médecin, non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire sont prises en charge selon la garantie choisie et dans la limite d'un forfait annuel dont le montant est fixé au tableau des garanties.

La médecine douce (consultation ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien, tabacologue) est prise en charge selon la garantie souscrite et dans la double limite d'un nombre de séances par an et d'un montant par séance définis au tableau des garanties. La prise en charge de la Mutuelle s'effectue sous réserve pour le Bénéficiaire des soins de présenter une facture acquittée mentionnant le numéro RPPS du professionnel de santé ainsi que le nom du bénéficiaire des actes ou prestations.

Sont également pris en charge les traitements préventifs pris en charge au titre du Contrat responsable.

Pour les contraceptifs non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, la prise en charge de la Mutuelle s'effectue sous réserve que le Bénéficiaire soit âgé de 13 ans minimum.

Pour l'acquisition d'auto-tensiomètres, la prise en charge de la Mutuelle est limitée à un appareil par famille et par an. En tout état de cause, la prise en charge sera limitée au forfait disponible et prévu par le poste automédication.

Pour les produits de sevrage tabagique (substituts nicotiniques), la prise en charge de la Mutuelle s'effectue sous réserve que le Bénéficiaire soit âgé de plus de 16 ans.

Pour l'acquisition de tests de grossesse figurant sur la liste automédication, la prise en charge de la Mutuelle s'effectue sous réserve que le Bénéficiaire soit âgé de 13 ans minimum, et sera en tout état de cause limitée au forfait disponible et prévu par le poste automédication en pharmacie.

En tout état de cause, la prise en charge au titre du poste automédication en pharmacie s'effectue sous réserve pour le bénéficiaire de présenter à la mutuelle une facture acquittée et nominative.

ARTICLE 15.6 – NAISSANCE ET ADOPTION

En cas de naissance ou d'adoption, la Mutuelle verse une allocation, au père ou à la mère, Adhérent, sous réserve que le nouveau-né soit inscrit au Contrat.

Cette prestation à caractère forfaitaire et accessoire vous est versée par la Mutuelle, pour chaque enfant concerné, sur présentation des documents justificatifs et selon les circonstances :

- soit de l'acte de naissance de l'enfant ;
- soit du jugement d'adoption ;
- soit de la photocopie du livret de famille.

ARTICLE 15.7 – ASSISTANCE

La présente notice comprend une garantie « assistance » dans les conditions fixées à l'article L.221-3 du code de la mutualité.

Les prestations d'assistance et leurs modalités de mise en œuvre ainsi que l'identité et les coordonnées de l'organisme assureur sont définies dans la notice

d'information remise à votre employeur préalablement à la conclusion du Contrat.

ARTICLE 15.8 – SOINS COURANTS

Sont notamment visés par ce poste, dans les conditions prévues aux garanties et définies dans le tableau des garanties :

- Les Honoraires médicaux ;
- Les analyses et examens de laboratoire ;
- Les Honoraires paramédicaux ;
- La pharmacie : médicaments et accessoires remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) ;
- La participation forfaitaire prévue à l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale ;
- Le matériel médical : dispositifs médicaux (appareillage, prothèses).

Pour l'acquisition de petits et de grands appareillages, de prothèses mammaires et/ou capillaires donnant lieu à remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire et dont la liste figure au tableau des garanties, la Mutuelle intervient conformément au tableau des garanties.

Pour la location de courte durée de véhicules pour personnes en situation de handicap tels que définis réglementairement et donnant lieu à une prise en charge renforcée par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle prend en charge intégralement les frais exposés par le bénéficiaire dans la limite des prix limites de vente prévus par les textes en vigueur. Pour les prothèses capillaires de classe II telles que définies réglementairement et donnant lieu à une prise en charge renforcée par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle prend en charge intégralement les frais exposés par le bénéficiaire dans la limite des prix limites de vente prévus par les textes en vigueur.

Les dépassements afférents aux prothèses capillaires de classe III et IV telles que définies réglementairement sont pris en charge dans les conditions prévues au tableau des garanties.

- Les consultations de psychologie remboursées par l'AMO (12 séances par année civile) : il s'agit des consultations effectuées auprès d'un psychologue conventionné et référencé dans l'annuaire mis en ligne sur le site MonPsy (<https://monsoutienpsy.ameli.fr/recherche-psychologue>). Pour bénéficier de la prise en charge de ces séances d'accompagnement psychologique, l'assuré doit :

- être âgé de trois ans ou plus ;
- présenter des troubles d'une nature et d'une intensité définis selon les critères fixés par l'arrêté du 8 mars 2022, modifié).

CHAPITRE III – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 16 – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Le bénéfice des prestations n'est accordé que si les cotisations dues à la Mutuelle ont été versées.

La condition d'ouverture des droits est appréciée à la date de remboursement de l'acte médical par l'Assurance Maladie Obligatoire, qui doit être postérieure à la date d'effet de l'Affiliation et antérieure à sa résiliation éventuelle. La Mutuelle peut avoir recours à une expertise médicale, effectuée par tout professionnel de son choix, dont les Honoraires sont à sa charge, afin de vérifier le bien-fondé de toute demande de remboursement.

Sur votre demande expresse, votre conjoint, partenaire de PACS ou concubin ayant la qualité d'Ayant droit peut percevoir directement les prestations pour lui-même et/ou pour les enfants dont il a la charge, sous réserve de joindre une copie de sa pièce justificative d'identité en cours de validité (CNI ou passeport ou titre de séjour). Sauf demande contraire de votre part, les relevés de prestations sont dématérialisés et accessibles sur

l'espace sécurisé «adhérent» mis à votre disposition sur le site internet de la Mutuelle.

Les demandes de remboursements doivent, sous peine de déchéance des droits à prestations, être communiquées à la Mutuelle dans un délai maximum de 24 mois suivant :

- la date des soins ;
- la date de paiement des soins en l'absence de prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Elles sont accompagnées notamment :

- des décomptes de l'Assurance Maladie Obligatoire et/ou d'un autre organisme complémentaire s'il n'y a pas de télétransmission « NOEMIE » ;
- des factures détaillant les frais engagés, le cas échéant ;
- de la facture subrogatoire des professionnels de santé en cas de Tiers payant.

En présence d'une prise en charge hospitalière, l'établissement hospitalier doit adresser sa facture à Viamédis, prestataire de la Mutuelle.

Outre ces documents, la Mutuelle peut en cas de nécessité demander toute pièce complémentaire nécessaire à une demande de remboursement des prestations.

Les frais liés à la transmission à la Mutuelle des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à votre charge.

ARTICLE 17 – PAIEMENT DES PRESTATIONS

Sauf usage du Tiers payant, les prestations de frais de soins de santé sont versées, dans un délai maximal ne pouvant excéder 30 jours à compter de la réception de l'ensemble des pièces, directement par virement sur votre compte ou, le cas échéant, celui de votre conjoint, partenaire de PACS ou concubin ayant la qualité d'Ayant droit.

ARTICLE 18 – TIERS PAYANT

Il vous est remis deux cartes mutualistes permettant la pratique du Tiers payant avec certains professionnels de santé.

Ces cartes restent la propriété de la Mutuelle.

Vous vous engagez, si les cartes santé sont en cours de validité, à les restituer dans les plus brefs délais suivant la perte de qualité de Membre participant ou suivant la résiliation du Contrat souscrit par votre employeur.

Dans la mesure où l'obligation précitée ne serait pas respectée, la Mutuelle pourra intenter une action directe en restitution des sommes indûment versées.

Par ailleurs, la Mutuelle peut exercer tous les moyens juridiques nécessaires en cas d'utilisation frauduleuse de la carte de Tiers payant.

ARTICLE 19 – PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, la Mutuelle délivre un accord de prise en charge permettant, dans la limite des garanties, le paiement des frais médicaux et chirurgicaux (et le cas échéant, des frais annexes à l'hospitalisation) tels que définis par le tableau des garanties.

Si l'hospitalisation est consécutive à un accident de la circulation, la Mutuelle délivre un accord de prise en charge dans les conditions habituelles. Dans cette hypothèse, vous ou, le cas échéant, vos Ayants droit êtes tenus de fournir à la Mutuelle les éléments permettant d'exercer un éventuel recours contre le(s) tiers responsable(s) auprès des organismes d'assurances concernés, conformément aux dispositions prévues par le Contrat souscrit par votre employeur.

ARTICLE 20 – PRESTATIONS INDUES

En cas de prestations indûment versées à un Bénéficiaire ou à un professionnel de santé dans le cadre du Tiers

payant, la Mutuelle récupère les sommes indûment versées par tous moyens mis à sa disposition. En cas de prestations indûment versées aux Bénéficiaires du Contrat, la Mutuelle se réserve notamment le droit de recouvrer le montant des prestations indues sur les prestations à venir le cas échéant.

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

ARTICLE 21 – RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES

En cas de paiement des prestations par la Mutuelle à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, la Mutuelle est subrogée à l'assuré qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'elle a supportées, conformément aux dispositions légales.

ARTICLE 22 – FONDS DE SOLIDARITÉ OLIVIER

Le Membre participant peut bénéficier du Fonds de solidarité Olivier.

Sur délégation du Conseil d'administration, la Commission de solidarité Olivier statue sur les demandes d'aides financières ponctuelles émanant du Membre participant, sous réserve que son Affiliation soit toujours en cours à la date de la demande et, le cas échéant, que le bénéfice des prestations de la Mutuelle soit ouvert à son Ayant droit si la demande d'aide porte sur une dépense qui le concerne.

La Commission peut, dans les conditions prévues dans ses règles de fonctionnement et dans le cadre d'un budget spécifique voté annuellement, lui attribuer :

- une aide financière relative à une dépense liée à des soins de santé particulièrement coûteux ou liée à un handicap au titre de la dotation du Fonds de secours. Pour bénéficier de cette aide, ils doivent avoir une ancienneté au sein de la Mutuelle au moins égale à deux années ;
- une aide financière exceptionnelle liée à une situation d'urgence ou de détresse au titre de la dotation du Fonds de solidarité Olivier.

La décision est prise par la Commission, au vu d'un dossier circonstancié, constitué par le Membre participant.

ARTICLE 23 – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 23.1 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Vos Données à caractère personnel et celles de vos Ayants droit, recueillies par la Mutuelle font l'objet de traitements (automatisés ou non automatisés) nécessaires aux finalités mentionnées dans la Charte de protection des Données à caractère personnel de la Mutuelle, notamment celles ci-dessous mentionnées et ce, en application de la base juridique sur laquelle repose ce traitement :

• En exécution du Contrat ou de mesures précontractuelles :

Il s'agit de toute opération ayant pour objet la passation, la gestion et l'exécution du Contrat et des garanties y afférentes, notamment :

- la gestion du Contrat à tous les stades de vie de celui-ci ;
- l'exécution du Contrat impliquant toute opération technique nécessaire à la mise en œuvre des garanties et des prestations ;
- le traitement du numéro d'inscription au répertoire (NIR) ;
- la création de votre espace sécurisé ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ;
- l'envoi de la revue mutualiste ;
- la réalisation, par les bénévoles MGC présidents de comités locaux, départementaux et régionaux,

de leurs missions tendant notamment à renseigner les adhérents sur la situation de leur Contrat ;

- la mise à disposition du Club Avantages.

• Au regard de la poursuite de l'intérêt légitime de la Mutuelle :

Il s'agit notamment des opérations suivantes :

- la mise en place d'actions de prévention dans le domaine de la santé ;
- les relations commerciales et contractuelles en vue de proposer, par tout moyen, les services de la Mutuelle :

- opérations promotionnelles, de prospection, de fidélisation, de développement commercial pour des produits ou services analogues ;
- la gestion de vos avis sur ses produits et services ;
- opérations techniques de prospection (normalisation, enrichissement, déduplication...).

- la sélection de personnes en vue de réaliser des actions de fidélisation (y compris en ce qui concerne les opérations de parrainage), prospection, promotion, sondage, test des produits ou services ;
- l'information portant sur des opérations de communication externe relatives à des jeux, concours et événements ;
- la réalisation d'enquêtes de satisfaction, amélioration de la qualité des services de la Mutuelle ;
- la lutte contre la fraude en assurance ;
- la sécurisation de l'accès à l'espace adhérent et à l'application mobile ;
- la numérisation et le stockage des documents entrants.

• Au titre du respect d'une obligation légale :

- la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCBFT) ainsi que la détection de fonds et ressources économiques faisant l'objet d'une mesure de gel ou de sanctions ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, telles que des traitements relatifs à l'exécution de règles fiscales ou sociales ;
- la numérisation et le stockage des documents entrants.

• En application du consentement de l'Adhérent :

- la prospection commerciale par voie électronique, hors produits ou services analogues, y compris les services des partenaires de la Mutuelle ;
- la prospection commerciale par voie téléphonique, hors sollicitations dans le cadre de l'exécution ou ayant un rapport avec l'objet du contrat.

Ces données sont destinées à la Mutuelle et peuvent être transmises à ses partenaires (assureurs, co-assureurs, réassureurs, courtiers, organismes de sécurité sociale obligatoire, délégataires de gestion, sous-traitants, prestataires informatiques ou de services y compris tiers de confiance), à ses avocats ou personnes en charge de représenter ses intérêts, aux tuteurs, curateurs, ou toute autre personne justifiant de la qualité d'aidant d'un adhérent en situation de dépendance, ainsi qu'aux présidents de ses comités locaux en vue de réaliser toute opération répondant aux finalités susmentionnées.

Les données collectées sont conservées pour la durée nécessaire à la réalisation des finalités pour lesquelles elles ont été collectées puis archivées conformément aux délais légaux de prescription susceptibles de s'appliquer. En revanche, elles ne pourront être conservées, à des fins de prospection commerciale, par la Mutuelle que pendant un délai de 3 ans à compter de la fin de votre Affiliation.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données personnelles, vous et vos Ayants droit disposez des droits ci-dessous mentionnés.

Vous avez le droit :

- d'accéder aux données vous concernant. Pour ce

faire, la Mutuelle fournit une copie des Données à caractère personnel faisant l'objet de traitements, sous réserve que celle-ci ne porte pas atteinte aux droits et libertés d'autrui. La Mutuelle peut exiger le paiement de frais raisonnables tenant compte des coûts administratifs pour toute copie supplémentaire demandée.

- de vous opposer, à tout moment, au traitement de vos Données à caractère personnel :

- à des fins de prospection commerciale, y compris à un profilage s'il est lié à une telle prospection ;
- fondé sur les intérêts légitimes poursuivis par la Mutuelle, y compris à un profilage réalisé sur ce fondement. Pour ce dernier cas, l'opposition doit être justifiée par des raisons tenant à votre situation particulière.

Il est expressément précisé que le droit d'opposition au traitement des données personnelles ne s'applique pas au dispositif de Tiers payant. Si l'Adhérent souhaite s'opposer au traitement de ses données personnelles, il ne doit pas présenter sa carte de Tiers payant et ne bénéficiera pas du dispositif d'avance de frais.

- de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos Données à caractère personnel après votre décès.

Vous pouvez également obtenir de la Mutuelle :

- la rectification ou la suppression des données vous concernant ;
- la limitation du traitement de vos Données à caractère personnel ;
- la Portabilité de vos Données à caractère personnel.

Dans le cas où le traitement des Données à caractère personnel repose sur votre consentement, celui-ci est recueilli :

- préalablement à l'Adhésion, par le biais du bulletin d'Affiliation/d'Adhésion au Contrat souscrit par votre employeur ;
- à tout moment, via tout autre formulaire de contact.

Vous avez également la possibilité de retirer votre consentement à tout moment. Le retrait de celui-ci ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant le retrait de celui-ci.

Pour exercer l'un des droits susvisés, il vous faut adresser une lettre simple à la MGC à l'attention de Direction juridique et Conformité, 2 – 4 Place de l'Abbé Georges Hénocque, 75637 Paris Cedex 13 ou par mail à l'adresse suivante : service.dpo@m-g-c.com. En cas de doute raisonnable sur l'identité du demandeur, un justificatif d'identité pourra le cas échéant être demandé par la MGC.

La Charte de protection des Données à caractère personnel de la Mutuelle est disponible sur son site Internet ou sur simple demande. Vous pouvez également contacter le Délégué à la Protection des données personnelles de la Mutuelle aux coordonnées suivantes : service.dpo@m-g-c.com.

Dans le cadre de la protection des Données à caractère personnel et du respect de la vie privée, vous pouvez saisir et introduire une réclamation auprès de la CNIL 3 place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris Cedex 07.

ARTICLE 23.2 – DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Vous ne pourrez être démarché téléphoniquement par la Mutuelle que dans le cadre de l'exécution de votre contrat, et dès lors que cette sollicitation a un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de vous proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

ARTICLE 23.3 – RÉCLAMATION ET MÉDIATION

La Mutuelle MGC accorde une grande importance aux remarques et remontées de ses adhérents mais aussi à celles des tiers intéressés. C'est la raison pour laquelle elle a mis en place :

- Une procédure relative au traitement des réclamations et,
- Une procédure relative à la médiation si le traitement de votre réclamation ne vous a pas donné gain de cause ou satisfaction.

A. RÉCLAMATION

Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement envers la Mutuelle quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée. Elle peut émaner de toute personne, y compris en l'absence de relation contractualisée avec le professionnel : Membres participants ou Honoraires tels que définis à l'article 9 des Statuts, anciens adhérents, Bénéficiaires, personnes ayant sollicité de la Mutuelle la fourniture d'un produit ou service ou qui ont été sollicitées par la Mutuelle, y compris ses mandataires et leurs Ayants droit. Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation entrant dans le champ de la définition ci-dessus est à adresser au Service Réclamation prévu à cet effet.

Les réclamations peuvent lui être adressées comme suit :

- Par voie postale, à l'adresse suivante :
MGC, Service réclamations, TSA 91347, 75621 Paris Cedex 13.
- Par le site internet de la Mutuelle en se connectant sur l'espace Adhérent sécurisé,
- Via l'onglet contact du site internet de la Mutuelle.

Pour les réclamations susceptibles d'être formulées à l'oral ou par messagerie instantanée ne vous permettant pas de disposer d'une copie datée de la réclamation, nous vous invitons à les formaliser au moyen d'un support écrit durable. Cette formalisation ne sera pas nécessaire si la Mutuelle répond immédiatement et de façon satisfaisante à votre demande en direct.

La Mutuelle dispose d'un délai de 10 jours, ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation, pour en accuser réception par écrit, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai. Une réponse définitive est apportée au réclamant dans un délai de deux mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

B. MÉDIATION

Après épuisement des voies de recours au sein de la Mutuelle, vous pouvez saisir, le Médiateur de la Mutualité Française aux coordonnées ci-dessous.

En tout état de cause, vous pouvez, deux mois après l'envoi de votre réclamation (quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu) saisir le médiateur :

- soit à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, FNMF, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15 ;
- soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>.

La saisine du médiateur n'est possible qu'à la condition que le traitement de la réclamation ne fasse pas l'objet d'une action contentieuse.

Pour être recevable, la saisine doit être accompagnée des documents ou justificatifs de la réclamation auprès de la Mutuelle.

En cas de dossier incomplet, le service médiation adressera au réclamant une demande de complément d'information.

La procédure de médiation sera conduite dans le respect des dispositions en vigueur dans le Règlement de la médiation de la Mutualité Française.

Les parties sont libres d'accepter ou de refuser la décision du médiateur.

Par ailleurs, la participation à la médiation n'exclut pas la possibilité d'un recours ultérieur devant la juridiction compétente.

ARTICLE 23.4 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle est soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) : 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

**LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR UN
REMBOURSEMENT**

PRESTATIONS	PIÈCES À FOURNIR	
	EN CAS DE TÉLÉTRANSMISSION*	EN CAS D'ABSENCE DE TÉLÉTRANSMISSION*
SOINS REMBOURSÉS PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)		
Tous les soins remboursés par l'AMO, sauf les 5 types de soins ci-dessous	-	Relevé de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) où figure le détail des soins et actes à rembourser.
Hospitalisation	Facture détaillée acquittée, présentant le nom et prénom du Bénéficiaire.	Facture détaillée acquittée, présentant le nom et prénom du Bénéficiaire.
	Copie du bulletin d'hospitalisation.	Copie du bulletin d'hospitalisation.
Lunettes – si évolution justifiée de la vue	Copie de l'ancienne et nouvelle ordonnance justifiant l'évolution de la vue accompagnées de la facture acquittée.	Relevé de remboursement de l'AMO.
		Copie de l'ancienne et nouvelle ordonnance justifiant l'évolution de la vue accompagnées de la facture acquittée.
Prothèses dentaires	Facture acquittée du dentiste précisant le n° des dents.	Relevé de remboursement de l'AMO.
		Facture acquittée du dentiste précisant le n° des dents.
Implantologie, couronnes sur implant	Facture acquittée détaillée du dentiste précisant le n° des dents.	Relevé de remboursement de l'AMO.
		Facture acquittée détaillée du dentiste précisant le n° des dents.
Parodontologie	Facture acquittée détaillée du dentiste.	Relevé de remboursement de l'AMO.
		Facture acquittée détaillée du dentiste.
SOINS NON REMBOURSÉS PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)		
Lentilles	Facture détaillée acquittée, présentant le nom et le prénom du Bénéficiaire.	
	Copie de l'ordonnance.	
Implantologie	Facture détaillée acquittée, précisant les numéros de dent.	
Parodontologie	Facture détaillée acquittée	
Diététique	Facture détaillée acquittée Produits diététiques : (prescription par un diététicien ou un médecin non prise en charge par l'AMO) : facture détaillée acquittée	
Autres soins	Facture détaillée acquittée, présentant le nom et le prénom du Bénéficiaire, établie par une pharmacie, un professionnel de santé médical ou paramédical.	
Allocation naissance et adoption	Acte de naissance ou copie du jugement d'adoption simple ou plénière.	

CAS PARTICULIER : Si vous bénéficiez de l'avance de frais (Tiers payant) sur la part remboursée par l'AMO mais que vous faites l'avance de la part Mutuelle qu'il y ait télétransmission ou pas, adressez-nous la facture acquittée du Ticket modérateur. Ceci vaut aussi pour les médecins de ville (généralistes ou spécialistes) : pensez-à leur demander la facture acquittée du Ticket modérateur.

Notice d'information

MGC Santé Syntec

**Contrat collectif complémentaire « Renfort hospitalisation »
à adhésion facultative**

Applicables au 1^{er} janvier 2027



ATTESTATION DE REMISE DE LA NOTICE D'INFORMATION

IMPORTANT / À REMETTRE À L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e),certifie avoir reçu de mon employeur :

- la notice d'information Surcomplémentaire Santé « Renfort Hospitalisation » afférente au Contrat collectif « frais de santé » à Adhésion facultative.

À

Le

Cachet de l'employeur :

Signature du Salarié :

Sommaire

DÉFINITIONS PRÉALABLES	78
CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	78
ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT	78
ARTICLE 2 – BÉNÉFICIAIRES.....	78
ARTICLE 3 – MODALITÉS D'ADHÉSION DU SALARIÉ ET DE SES AYANTS DROIT	79
ARTICLE 4 – MISE A JOUR DES INFORMATIONS.....	79
ARTICLE 5 – DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION DU SALARIÉ ET DE SES AYANTS DROIT	79
ARTICLE 6 – MODIFICATION DU CONTRAT	79
ARTICLE 7 – EFFET DE LA SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL SUR LA GARANTIE SURCOMPLÉMENTAIRE « RENFORT HOSPITALISATION ».....	79
ARTICLE 8 – MAINTIEN DES GARANTIES SURCOMPLÉMENTAIRES DANS LE CADRE DE LA PORTABILITÉ	80
ARTICLE 9 – MAINTIEN DES GARANTIES SURCOMPLÉMENTAIRES DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI « ÉVIN » N°89-1009 DU 31 DÉCEMBRE 1989.....	80
ARTICLE 10 – MODALITÉS DE RADIATION D'UN AYANT DROIT.....	80
ARTICLE 11 – MODALITÉS DE RÉSILIATION DE L'ADHÉSION DU SALARIÉ ET FACULTÉ RENONCIATION	80
ARTICLE 12 – CESSATION DES GARANTIES	81
ARTICLE 13 – COTISATIONS	81
CHAPITRE II – DÉFINITION DES PRESTATIONS	81
ARTICLE 14 – CONTRAT NON – « RESPONSABLE »	81
ARTICLE 15 – OBJET DES GARANTIES ET PRESTATIONS REMBOURSÉES	81
ARTICLE 16 – BASE DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS.....	81
ARTICLE 17 – LIMITES DES GARANTIES ET EXCLUSIONS.....	81
ARTICLE 18 – PLAFOND DES REMBOURSEMENTS	81
CHAPITRE III – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	82
ARTICLE 19 – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS.....	82
ARTICLE 20 – PAIEMENT DES PRESTATIONS.....	82
ARTICLE 21 – PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE.....	82
ARTICLE 22 – PRESTATIONS INDUES.....	82
ARTICLE 23 – RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES	82
CHAPITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES	82
ARTICLE 24 – PRESCRIPTION DES ACTIONS	82
ARTICLE 25 – FAUSSE DÉCLARATION NON-INTENTIONNELLE	82
ARTICLE 26 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME.....	82
ARTICLE 27 – PROTECTION DES DONNÉES.....	82
ARTICLE 28 – DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE.....	83
ARTICLE 29 – RÉCLAMATION ET MÉDIATION	83
ARTICLE 30 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE	83

DÉFINITIONS PRÉALABLES

Les termes inscrits dans la présente notice d'information ont la signification suivante :

« 100 % santé » : Dispositif par lequel les Adhérents et Ayants droit couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100 % santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leurs prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100 % santé ». Les contrats de complémentaire santé responsables remboursent quant à eux obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « 100 % santé ». Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100 % santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100 % santé ». Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100 % santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100 % santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

Depuis le 1^{er} décembre 2025, le dispositif du 100 % Santé inclut la prise en charge des forfaits de location de véhicules pour personnes en situation de handicap utilisés sur le court terme (période de 3 mois qui peut être étendue de 3 mois supplémentaires, soit au maximum 6 mois de facturations consécutives sur une année glissante), inscrits à la nomenclature. Les dépassements afférents aux forfaits de location hebdomadaire et de mise à disposition sont obligatoirement pris en charge par les contrats de complémentaire santé responsables.

Il en va de même pour les dépassements de certaines prothèses capillaires (classe II), inscrites à la nomenclature, qui ont intégré le dispositif du 100 % Santé au 1^{er} janvier 2026.

Actes hors Nomenclature : actes et prestations n'étant pas inscrits sur la liste des actes et des prestations pris en charge ou remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire. Ces actes sont codifiés HN.

Adhésion : désigne le lien contractuel entre le Membre participant et, le cas échéant, ses Ayants droit, et la Mutuelle au titre du Contrat collectif surcomplémentaire à Adhésion facultative souscrit par l'employeur.

Ayant droit : Bénéficiaire des garanties prévues par le Contrat collectif complémentaire « frais de santé » obligatoire souscrit par votre employeur en raison de ses liens avec le Membre participant.

Base de remboursement (BR) : assiette servant de base de calcul des prestations en nature servies par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Bénéficiaire : Membre participant et, le cas échéant, ses Ayants droit, bénéficiant des garanties prévues par le Contrat collectif complémentaire « frais de santé » à Adhésion facultative souscrit par l'employeur.

Contrat « responsable » : cahier des charges, prévu aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, qu'un Contrat d'assurance « frais de santé » doit respecter afin de bénéficier du traitement social et fiscal y afférent.

Délai de stage : période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas bien que le Membre participant cotise.

Cette période commence à courir à compter du jour de l'Adhésion.

Dépassement d'Honoraires : part des Honoraires excédant la Base de remboursement (BR) de l'Assurance Maladie Obligatoire. La couverture complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si le Contrat le prévoit. Dans ce cas, le niveau de remboursement est plafonné pour les médecins non adhérents à l'OPTAM (obligation Contrat responsable).

Donnée à caractère personnel : toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable. Est réputée être une « personne physique identifiable » une personne physique qui peut être identifiée, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale.

Établissements de soins de suite : l'offre de soins en Soins de suite et de réadaptation s'organise autour d'établissements polyvalents, spécialisés, et d'établissements reconnus comme experts par les agences régionales de santé pour accompagner certaines situations complexes ou activités qui nécessitent la mise à disposition de compétences et d'équipements très spécifiques. La liste complète des centres de Soins de suite et de réadaptation est mise à jour régulièrement sur l'annuaire du site sanitaire-social.com.

Forfait journalier hospitalier : participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé.

Honoraires : Il s'agit de la rémunération d'un professionnel de santé libéral.

Les Honoraires peuvent être perçus dans un établissement hospitalier (en clinique ou dans le cadre du secteur privé à l'hôpital) ou dans un cabinet. Les Honoraires médicaux (perçus par les médecins) se distinguent des Honoraires paramédicaux (perçus par les professionnels paramédicaux).

Membre participant : Salarié du Souscripteur couvert au titre du Contrat collectif surcomplémentaire facultatif souscrit par l'employeur.

Mutuelle : désigne la Mutuelle Générale des Cheminots (MGC), Mutuelle régie par le code de la mutualité et soumise aux dispositions de son Livre II.

Nomenclature : documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et OPTAM-ACO : dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention médicale et visant à encadrer les Dépassements d'Honoraires dans le but d'améliorer l'accès aux soins des patients.

Prix limite de vente (PLV) : le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente aux Adhérents et à leurs Ayants droit. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

S'agissant des médicaments pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de prix limite de vente.

Les aides auditives, les lunettes, les prothèses capillaires et les véhicules pour personnes en situation de handicap retenus dans les paniers « à prise en charge renforcée » ont des prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les Adhérents et leurs Ayants droit puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

Portabilité : maintien à titre gratuit du bénéfice des

garanties collectives en vigueur dans l'entreprise au profit du Salarié et, le cas échéant, de ses Ayants droit, en cas de cessation de son Contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, conformément à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Salarié : Salarié appartenant à la catégorie de personnel couverte au titre du Contrat collectif surcomplémentaire facultatif.

Soins de suite et de réadaptation (SSR) : soins ayant vocation à prévenir ou à réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et à promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Les missions principales des SSR sont la rééducation d'un organe lésé en vue de sa restitution intégrale ou optimale, la réadaptation du patient pour lui permettre de s'adapter au mieux à ses limitations et le recouvrement maximal des conditions de vie de ce patient avant son séjour hospitalier.

Souscripteur : personne morale souscrivant le Contrat au profit d'une catégorie de personnel définie dans le Certificat de souscription.

Ticket modérateur (TM) : participation des assurés non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie égale à la différence entre la Base de remboursement (BR) et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Support durable : tout instrument offrant la possibilité aux parties de stocker des informations qui leur sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Votre employeur a souscrit un Contrat collectif surcomplémentaire « frais de santé » à Adhésion facultative auprès de la Mutuelle Générale des Cheminots (MGC). Il a pour objet de compléter les remboursements opérés au titre du Contrat collectif complémentaire « frais de santé » à Adhésion obligatoire ci-après désigné Contrat « socle », au profit des mêmes Bénéficiaires.

Le Contrat détermine les conditions dans lesquelles la Mutuelle garantit aux Bénéficiaires le versement de prestations renforcées en hospitalisation en complément des remboursements opérés par l'Assurance Maladie Obligatoire et au titre du Contrat « socle » frais de santé, dans la limite des frais réels. Il est dénommé Contrat surcomplémentaire « Renfort Hospitalisation ».

Il relève des dispositions figurant au Livre II du Code de la Mutualité relatives aux opérations collectives à Adhésion facultative et ne répond pas au cahier des charges du Contrat « responsable » défini à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, sans toutefois que ne soit remis en cause le caractère responsable du Contrat « socle » dans la mesure où il s'agit de Contrats d'assurance juridiquement distincts.

Le Contrat est « solidaire », en conséquence, les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurées et aucun questionnaire médical n'est demandé aux assurés lors de la souscription ou de l'Adhésion.

Vous trouverez dans cette notice d'information un résumé de ce Contrat.

ARTICLE 2 – BÉNÉFICIAIRES

En tant que Salarié Bénéficiaire du Contrat socle, vous avez la possibilité d'adhérer au Contrat collectif surcomplémentaire « Renfort Hospitalisation » à Adhésion facultative souscrit par votre employeur, afin

de bénéficier des garanties telles que définies au tableau des garanties annexé à la présente notice, moyennant le paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 13 de la présente notice. Vous avez également la possibilité de faire adhérer vos Ayants droit à ce Contrat.

Sont considérés comme Ayant droit du Salarié :

- le conjoint du Salarié, marié et non séparé ;
- à défaut, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) conformément à l'article 515-1 du Code Civil ;
- à défaut, le concubin du Salarié, sous réserve que le concubin et le Salarié vivent en couple au sens de l'article 515-8 du code civil depuis au moins deux ans ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union, soient tous les deux libres de tout engagement, et que le concubinage fasse l'objet d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins ;
- les enfants à la charge du Salarié et de son conjoint, de son partenaire de PACS ou de son concubin.

Sont réputés à charge du Salarié et de son conjoint, de son partenaire de PACS ou de son concubin sous réserve d'apporter annuellement tout justificatif de leur situation :

- les enfants jusqu'à leur 18^e anniversaire (sans justificatif) ;
- les enfants jusqu'à leur 21^e anniversaire :
 - s'ils poursuivent des études ;
 - s'ils sont en Contrat apprentissage et qu'il s'agit de leur premier Contrat ou s'ils exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55% du SMIC, et qu'ils vivent sous le même toit que le Salarié ;
 - s'ils sont à la recherche d'un premier emploi, inscrits à ce titre à France travail ;
- les enfants jusqu'à leur 28^e anniversaire s'ils poursuivent des études et sont affiliés à un régime étudiant de Sécurité sociale ;
- les enfants quel que soit leur âge s'ils sont atteints d'un handicap les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle et de percevoir un salaire imposable.

Tous les Bénéficiaires doivent être affiliés au régime général de la Sécurité sociale ou assimilé.

ARTICLE 3 – MODALITÉS D'ADHÉSION DU SALARIÉ ET DE SES AYANTS DROIT

Pour bénéficier de la garantie surcomplémentaire « Renfort Hospitalisation » souscrite par votre employeur, vous devez compléter et signer un bulletin d'Adhésion. Vous remettez ce bulletin accompagné des pièces justificatives à votre employeur qui s'engage à le faire parvenir à la Mutuelle.

Les pièces justificatives nécessaires à votre Adhésion sont les suivantes :

- une copie d'une pièce justificative d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour) ;
- une attestation de droits justifiant de votre Affiliation à l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- un mandat de prélèvement SEPA dûment signé accompagné d'un n° relevé d'identité bancaire au format IBAN pour le prélèvement des cotisations et le versement des prestations ;
- si vous n'êtes pas le titulaire du compte bancaire, une copie d'une pièce justificative d'identité en cours de validité du titulaire du compte bancaire (carte nationale d'identité ou passeport) ainsi que le mandat SEPA dûment complété avec les données du compte du tiers.

Les pièces justificatives nécessaires à l'Adhésion de vos Ayants droit sont les suivantes :

- une copie d'une pièce justificative d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport) ;
- une attestation de droits justifiant de l'Affiliation à l'Assurance Maladie Obligatoire ;

- s'agissant de votre conjoint, une copie du livret de famille ;
- s'agissant de votre partenaire de PACS, une attestation d'engagement dans les liens du PACS ;
- s'agissant de votre concubin, un certificat de vie commune, ou à défaut, une attestation sur l'honneur de vie commune ;
- s'agissant des enfants âgés de 18 à 21 ans révolus vivant sous votre toit, titulaires d'un Contrat d'apprentissage, ou exerçant une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55% du SMIC ou à la recherche d'un premier emploi, inscrits à ce titre à France travail : un justificatif de scolarité ou un certificat d'apprentissage ou une copie du Contrat de formation en alternance ou une copie du certificat d'inscription à France travail ainsi qu'une attestation sur l'honneur de rattachement fiscal ou une attestation sur l'honneur d'hébergement de l'enfant majeur ;
- s'agissant des enfants âgés de 18 à 28 ans révolus vivant sous votre toit et poursuivant des études : un justificatif de scolarité ainsi qu'une attestation sur l'honneur d'hébergement de l'enfant majeur ;
- s'agissant des enfants handicapés, un justificatif de perception de l'allocation pour personnes handicapées, une copie de la carte d'invalidité ou une attestation CDAPH.

Concernant les enfants, ces justificatifs sont renouvelés tous les ans.

Votre Adhésion au Contrat collectif surcomplémentaire « frais de santé » facultatif entraîne nécessairement l'Adhésion de vos Ayants droit, affiliés au Contrat « socle ».

En tout état de cause, la Mutuelle doit recevoir votre dossier d'Adhésion dans un délai de 30 jours suivant la date d'effet du Contrat ou, le cas échéant, votre date d'embauche.

En cas d'Adhésion d'un Ayant droit postérieurement à votre Adhésion, vous devez compléter et signer un bulletin d'Adhésion en cochant la case « ajout de Bénéficiaire ». Vous remettez ce bulletin accompagné des pièces justificatives correspondantes à votre employeur qui s'engage à le faire parvenir à la Mutuelle.

Le Salarié adhérent acquiert la qualité de Membre participant de la Mutuelle. L'Ayant droit inscrit acquiert la qualité d'« Ayant droit Bénéficiaire ».

Si toutefois vous perdez la qualité de Membre participant au titre du Contrat « socle », vous perdez concomitamment la qualité de Membre participant au titre du Contrat surcomplémentaire.

ARTICLE 4 – MISE A JOUR DES INFORMATIONS

Toute modification de votre situation ou, le cas échéant, de celle de vos Ayants droit, de quelque nature qu'elle soit (par exemple : changement des coordonnées bancaires, de domicile, de caisse d'Assurance Maladie Obligatoire ou de régime de sécurité sociale, modification de la composition familiale, etc.) doit être notifiée par vos soins dans les meilleurs délais à la Mutuelle.

ARTICLE 5 – DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION DU SALARIÉ ET DE SES AYANTS DROIT

Sous réserve du respect des conditions d'Adhésion, votre Adhésion prend effet :

- concomitamment à la date de votre Affiliation au titre du Contrat « socle » souscrit par votre employeur auprès de la Mutuelle, sous réserve que le dossier d'Adhésion parvienne au siège de la Mutuelle dûment complété et signé et accompagné des justificatifs nécessaires à votre Adhésion ;
- à la date de prise d'effet du Contrat lorsque vous figurez à cette date dans les effectifs de la catégorie de personnel définie dans le Certificat de souscription et sous réserve que vous fassiez acte d'Adhésion à la Mutuelle dans les trente (30) jours suivant la date d'effet du Contrat ;

- à votre date d'embauche ou d'entrée dans la catégorie de personnel si elle est postérieure à la date d'effet du Contrat et sous réserve que vous fassiez acte d'Adhésion à la Mutuelle dans les trente (30) jours de ladite date d'entrée ou d'embauche ;
- postérieurement à la date de votre Affiliation au titre du Contrat « socle », au 1^{er} jour du troisième mois suivant la date de réception par la Mutuelle du dossier d'Adhésion dûment complété et signé et accompagné des justificatifs correspondants.

La date d'effet de l'Adhésion d'un Ayant droit intervient :

- soit à la date d'effet de votre Adhésion si elle est concomitante de la vôtre ;
- le 1^{er} jour suivant la date de signature du bulletin d'Adhésion modificatif, sous réserve que celui-ci parvienne complété et signé à la Mutuelle dans les 10 jours suivant cette date, à l'exception de l'inscription d'un nouveau-né, qui intervient au jour de naissance ou de l'adoption si l'Adhésion est réalisée dans les 30 jours suivant cet événement.

En cas d'Adhésion en cours de mois, la cotisation est due pour le mois entier.

L'enregistrement de l'Adhésion est notifié par la Mutuelle.

ARTICLE 6 – MODIFICATION DU CONTRAT

Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, votre employeur est tenu de vous en informer et de vous remettre une notice modificative établie à cet effet par la Mutuelle.

La Mutuelle ne pourra être tenue pour responsable en l'absence de transmission de la notice modificative aux Salariés par le Souscripteur.

Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, vous pouvez, dans le délai d'un mois à compter de la remise de la notice modifiée, dénoncer votre Adhésion en raison de ces modifications.

ARTICLE 7 – EFFET DE LA SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL SUR LA GARANTIE SURCOMPLÉMENTAIRE « RENFORT HOSPITALISATION »

ARTICLE 7.1 – MAINTIEN DES GARANTIES SURCOMPLÉMENTAIRES

Vous, ainsi que vos Ayants droit, continuez à bénéficier de la garantie surcomplémentaire « Renfort hospitalisation » lorsque votre Contrat de travail est suspendu en raison :

- d'un congé de maternité, et d'adoption,
- d'un congé de paternité,
- d'une maladie ou d'un accident du travail, accident de trajet, toute autre cause ouvrant droit à maintien total ou partiel de salaire par le Souscripteur ou à indemnités journalières de sécurité sociale et/ou complémentaires qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, ou à un revenu de remplacement versé par l'employeur,
- d'une invalidité ouvrant droit au versement d'une pension d'invalidité au titre du régime de prévoyance.

Dans une telle hypothèse, la cotisation reste due à la Mutuelle pendant toute la période de suspension indemnisée du Contrat de travail.

ARTICLE 7.2 – SUSPENSION DES GARANTIES SURCOMPLÉMENTAIRES

Lorsque votre Contrat de travail est suspendu sans maintien de salaire, total ou partiel, ou indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par votre employeur, ou revenu de remplacement versé par l'employeur, la garantie surcomplémentaire « Renfort hospitalisation » est suspendue.

La période de suspension des garanties surcomplémentaires intervient de plein droit à la date de suspension du Contrat de travail et s'achève à la reprise effective du travail du Salarié, sous réserve que la Mutuelle en ait été informée dans le délai d'un mois

suivant la reprise. A défaut, la période de suspension de la garantie surcomplémentaire « Renfort hospitalisation » prend fin à la date à laquelle la Mutuelle est informée de la reprise effective du travail du Salarié.

Aucune cotisation n'est due pour les Salariés dont le Contrat de travail est suspendu et qui n'ont pas demandé le maintien de la garantie surcomplémentaire « Renfort hospitalisation ». Dans ce cas, la Mutuelle restitue la part de cotisation correspondante à la période de suspension. Les soins survenus pendant la période de suspension ne donnent lieu à aucune prise en charge au titre du Contrat souscrit par votre employeur.

Toutefois, la garantie surcomplémentaire « Renfort hospitalisation » pourra être maintenue à votre demande, dans la limite de la durée de suspension de votre Contrat de travail, sous réserve que la demande parvienne à la Mutuelle dans le délai d'un mois suivant la suspension de votre Contrat de travail.

ARTICLE 8 – MAINTIEN DES GARANTIES SURCOMPLÉMENTAIRES DANS LE CADRE DE LA PORTABILITÉ

Il est expressément rappelé que le dispositif de la Portabilité s'applique si et seulement si, le Contrat a été mis en place par un acte juridique de mise en place conforme à l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale.

En cas de cessation de votre Contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, vous bénéficiez du maintien à titre gratuit de la garantie surcomplémentaire « Renfort hospitalisation », conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation de votre Contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée de votre dernier Contrat de travail, ou le cas échéant, de vos derniers Contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, arrondie le cas échéant au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

Le bénéfice du maintien de la garantie surcomplémentaire « Renfort hospitalisation » est subordonné à la condition que vous bénéficiez effectivement des garanties surcomplémentaires à la date de cessation de votre Contrat de travail.

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise. En conséquence, toute évolution du régime postérieure à votre sortie des effectifs vous est opposable.

Vos Ayants droit qui bénéficient effectivement de la garantie surcomplémentaire « Renfort hospitalisation » à la date de cessation de votre Contrat de travail sont également admis au bénéfice du maintien des garanties aux conditions susvisées.

Vous devez justifier de l'ensemble de ces conditions auprès de la Mutuelle, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties. Vous devez pour cela transmettre à la Mutuelle une copie de l'avis de prise en charge « allocation de retour à l'emploi » et tout relevé de situation faisant apparaître le montant journalier de l'ARE et le point de départ de son versement.

ARTICLE 9 – MAINTIEN DES GARANTIES SURCOMPLÉMENTAIRES DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI « ÉVIN » N°89-1009 DU 31 DÉCEMBRE 1989

Il est expressément rappelé que le dispositif de maintien des garanties prévu par le présent article s'applique si et seulement si, le Contrat a été mis en place par un acte juridique de mise en place conforme à l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale.

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi « Evin », la Mutuelle adresse une proposition de maintien

de la couverture, sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaires médicaux :

- aux anciens Salariés Bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation de leur Contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties dans le cadre de la Portabilité ;
- aux personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, dans le délai de 2 mois à compter du décès.

La Mutuelle doit recevoir la demande de maintien dans les 6 mois suivant la date de cessation du Contrat de travail, le terme de la période de Portabilité ou le décès du Salarié selon les circonstances.

La garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

ARTICLE 10 – MODALITÉS DE RADIATION D'UN AYANT DROIT

L'Adhésion des Ayants droit cesse en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- en cas de décès de l'Ayant droit, la radiation prend alors effet à la date du décès. La demande de radiation doit être accompagnée de l'extrait de l'acte de décès.
- en cas de perte de la qualité d'Ayant droit au regard de la définition prévue à l'article 2 de la présente notice d'information, la radiation prend alors effet au jour où votre Ayant droit a perdu cette qualité.
- en cas de radiation de l'Ayant droit du Contrat « socle », la radiation prend alors effet concomitamment à la date de radiation du Contrat « socle ».
- en cas de bénéfice d'un régime collectif complémentaire santé à Adhésion obligatoire en qualité de Salarié, la radiation prend alors effet au 1^{er} jour du mois suivant la déclaration de l'événement adressée à la Mutuelle, accompagnée d'une attestation de l'employeur exposant notamment la nature des garanties, leur caractère obligatoire, la date d'effet de l'Adhésion du Salarié.
- en cas de bénéfice du dispositif de protection complémentaire en matière de santé (« complémentaire santé solidaire »), la radiation prend alors effet à compter de la date d'ouverture des droits à la « complémentaire santé solidaire ».
- en cas de résiliation de votre Adhésion dans les conditions prévues à l'article 11 de la présente notice d'information, la radiation prend alors effet à la date d'effet de votre résiliation.

En tout état de cause, la cotisation est due jusqu'à la date de radiation effective de l'Ayant droit.

ARTICLE 11 – MODALITÉS DE RÉSILIATION DE L'ADHÉSION DU SALARIÉ ET FACULTÉ RENONCIATION

ARTICLE 11.1 – MODALITÉS DE RÉSILIATION

Vous pouvez mettre fin à votre Adhésion :

- À l'échéance annuelle : tous les ans en le notifiant à la Mutuelle au moins 2 mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre ;
- À tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de votre Adhésion, en notifiant vous-même ou en faisant notifier par votre nouvel assureur, votre décision à la Mutuelle. La résiliation prend effet un mois après la réception de cette notification ;
- En cas de modification de vos droits et obligations : Conformément à l'article L.221-6 du Code de la Mutualité, lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres participants, tout Membre participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice d'information, dénoncer son Adhésion en raison de ces modifications.

En tout état de cause, la résiliation doit être notifiée à la Mutuelle. Celle-ci peut se faire par :

- Une lettre ou tout autre Support durable,
- Une déclaration au siège de la Mutuelle ou chez le représentant de la Mutuelle,
- Un acte extrajudiciaire,
- Tout moyen de communication à distance susceptible d'être utilisé pour l'Adhésion à un Contrat.

La résiliation de votre Adhésion entraîne la résiliation de l'Adhésion de vos Ayants droit ayant éventuellement adhéré au Contrat collectif surcomplémentaire « Renfort hospitalisation » souscrit par votre employeur.

ARTICLE 11.2 – MODALITÉS DE RENONCIATION

Conformément à l'article L.221-18 du code de la mutualité, en cas d'Adhésion réalisée dans le cadre d'une vente à distance, vous disposez d'un délai de quatorze jours calendaires révolus, soit à compter du jour où l'Adhésion a pris effet, soit à compter du jour où vous avez reçu les conditions d'Adhésion et informations si cette date est postérieure à la date de prise d'effet de l'Adhésion, pour renoncer à votre Adhésion par lettre ou tout autre support durable. Vous n'avez pas à justifier vos motifs ni à supporter de pénalités. Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Si vous n'avez jamais reçu les informations prévues à l'article susvisé ainsi que les conditions contractuelles, le délai de renonciation expire un an et quatorze jours calendaires après l'adhésion. Si vous n'avez pas été informé de votre droit de renonciation, ce droit s'exerce sans limitation de durée.

Lorsque l'adhésion a été réalisée au moyen d'une interface en ligne, vous pouvez exercer votre faculté de renonciation en utilisant la fonctionnalité en ligne prévue à cet effet sur le site internet de la Mutuelle.

En cas de renonciation, la garantie est résiliée à compter de la date d'effet de l'Adhésion et les dispositions suivantes s'appliquent :

- si des prestations ont été versées, vous vous engagez à rembourser la Mutuelle des montants perçus dans un délai de trente jours ;
- si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle vous les rembourse dans un délai de trente jours.

Conformément à l'article L.221-18-1 du code de la mutualité, en cas d'Adhésion réalisée dans le cadre d'un démarchage à votre domicile, à votre résidence ou à votre lieu de travail, vous disposez d'un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'Adhésion pour renoncer à votre Adhésion aux garanties optionnelles facultatives sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités par lettre recommandée, ou envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception au siège de la Mutuelle.

En cas de renonciation, l'Adhésion prend alors fin à compter de la date de réception de la lettre précitée. La Mutuelle rembourse les sommes versées par vous dans un délai de 30 jours à compter du jour où l'Adhésion prend fin, sous déduction de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, qui reste due.

Vous ne pouvez plus exercer ce droit de renonciation lorsque vous avez connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie.

L'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si vous exercez votre droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie et dont vous n'avez pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Dans les deux cas, pour exercer votre droit de renonciation, vous pouvez utiliser le modèle ci-dessous :

Je soussigné(e) M(me)... (nom, prénom, et numéro d'adhérent),
demeurant...(adresse) déclare renoncer à mon Adhésion à la garantie complémentaire santé – Formule...(nom

de la formule) souscrite auprès de la Mutuelle MGC le ... (date)

Fait, le (date) Signature

ARTICLE 12 – CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent de plein droit :

- soit à la date de résiliation du Contrat « socle » ;
- soit à la date de résiliation du Contrat collectif surcomplémentaire « Renfort hospitalisation » souscrit par votre employeur ;
- soit à la date de rupture de votre Contrat de travail, sous réserve, le cas échéant, du maintien des garanties dans les conditions prévues à l'article 8 de la présente notice d'information ;
- soit en cas de résiliation ou de dénonciation de votre Adhésion dans les conditions prévues à l'article 11 de la présente notice d'information ;
- soit à l'issue du délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure adressée par la Mutuelle en cas de défaut de paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 13.4 de la présente Notice d'information ;
- soit à la date à laquelle vous avez perdu la qualité de Membre participant au titre du Contrat « socle » frais de santé ;
- soit à la date à laquelle vous ne relevez plus de la catégorie de personnel couverte ;
- soit à la date de votre décès figurant sur l'acte de décès transmis à la Mutuelle.

Les garanties cessent le dernier jour du mois au cours duquel survient l'évènement, à minuit, à l'exception du décès.

La cessation de vos garanties entraîne automatiquement la cessation de celles de vos Ayants droit. Le droit aux prestations cesse à la date d'effet de cessation des garanties, sauf en ce qui concerne les prestations acquises avant la date d'effet de la cessation des garanties.

En cas de cessation des garanties en cours de mois, la cotisation n'est due que pour la période durant laquelle le risque a couru.

ARTICLE 13 – COTISATIONS

ARTICLE 13.1 – MONTANT ET STRUCTURE DES COTISATIONS

Les cotisations sont exprimées en euros par Bénéficiaire.

Le montant des cotisations est fixé par le Conseil d'administration de la Mutuelle ou, sur délégation, par le Président du Conseil d'administration ou par le Directeur général. Il tient compte des taxes applicables aux taux en vigueur au jour de la prise d'effet du Contrat collectif surcomplémentaire « Renfort hospitalisation » souscrit par votre employeur.

La cotisation afférente à la garantie surcomplémentaire « Renfort hospitalisation » est déterminée selon la structure de cotisations choisie par votre employeur parmi les structures de cotisations suivantes :

- « Salarié isolé / Salarié + Enfant à charge / Conjoint » : cette structure permet de garantir dans le cadre de la :
 - Cotisation « Salarié isolé » : le Salarié.
 - Cotisation « Salarié + Enfant à charge » : le Salarié et ses enfants à charge tels que définis au Contrat.
 - Cotisation « Conjoint » : le Conjoint du Salarié tel que défini au Contrat.
- « isolé / famille », le Salarié ne disposant d'aucun Ayant droit, ou dont le ou les Ayant(s) droit sont couverts au titre d'un autre régime s'acquittent d'une cotisation « isolé ». Le Salarié disposant d'un ou plusieurs Ayant(s) droit s'acquittent d'une cotisation « famille ».

En tout état de cause, le choix de la structure de cotisations s'applique de manière identique au Contrat collectif « socle » Frais de santé et au Contrat collectif

surcomplémentaire « Renfort hospitalisation » souscrits par votre employeur.

ARTICLE 13.2 – RÉVISION

Les cotisations peuvent être révisées au 1^{er} janvier de chaque exercice civil en fonction de l'évolution des résultats techniques des garanties attachées au Contrat collectif surcomplémentaire « Renfort hospitalisation » souscrit par votre employeur.

ARTICLE 13.3 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Vous vous engagez au paiement d'une cotisation santé annuelle correspondant au total des cotisations dues par l'ensemble des Bénéficiaires inscrits sur le bulletin d'Adhésion.

Vous êtes seul tenu, à l'égard de la Mutuelle, au paiement de la cotisation annuelle au moment de l'Adhésion et lors de chaque renouvellement du Contrat. La cotisation est payable d'avance annuellement par :

- chèque bancaire ;

ou

- prélèvement sur votre compte bancaire, en vertu d'un mandat de prélèvement SEPA dûment signé, conformément à l'avis d'échéance de cotisations.

ARTICLE 13.4 – NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

Conformément à l'article L.221-8, II du code de la Mutualité, une mise en demeure vous est adressée en cas de défaut de paiement d'une cotisation échue depuis plus de 10 jours. Cette mise en demeure est adressée au plus tôt 10 jours après l'identification de l'impayé, indépendamment du droit pour la Mutuelle d'appliquer des majorations de retard à votre charge exclusive et de poursuivre en justice l'exécution du Contrat collectif. En cas de non-paiement au terme d'un délai de 40 jours après l'envoi de ce courrier, votre Adhésion est résiliée.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement.

Indépendamment des dispositions ci-dessus, la Mutuelle peut procéder au recouvrement de sa créance par toute voie de droit.

CHAPITRE II – DÉFINITION DES PRESTATIONS

ARTICLE 14 – CONTRAT NON – « RESPONSABLE »

La garantie « Renfort hospitalisation » souscrite par votre employeur au titre du Contrat collectif surcomplémentaire « Renfort hospitalisation » à Adhésion facultative ne répond pas au cahier des charges du Contrat « responsable » défini à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, sans toutefois que ne soit remis en cause le caractère responsable du Contrat « socle » dans la mesure où il s'agit de Contrats d'assurance juridiquement distincts.

ARTICLE 15 – OBJET DES GARANTIES ET PRESTATIONS REMBOURSÉES

ARTICLE 15.1 – OBJET DES GARANTIES

La garantie souscrite par votre employeur a pour objet de vous permettre de bénéficier, ainsi que vos Ayants droit le cas échéant, de garanties surcomplémentaires en hospitalisation, en complément des remboursements opérés par l'Assurance Maladie Obligatoire et au titre du Contrat « socle », dans la limite des frais réels et dans les conditions prévues dans le tableau des garanties annexé à la présente notice d'information.

ARTICLE 15.2 – PRESTATIONS REMBOURSÉES

Sont couverts, dans les conditions prévues au tableau des garanties, les Dépassements d'Honoraires médicaux et chirurgicaux pour les actes et consultations, remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique

tarifaire maîtrisée, suite à une hospitalisation, dans les conditions définies au tableau des garanties.

Les prestations prévues au titre des garanties visées dans le tableau des garanties annexé à la présente notice prennent effet à compter de la date d'Adhésion des Bénéficiaires, sauf exceptions expressément prévues dans la présente notice et/ou dans le tableau des garanties.

Aucune prestation au titre du Contrat « surcomplémentaire » ne sera versée en cas de disparition du Contrat « socle » sauf les prestations dont le fait générateur est antérieur à la disparition du Contrat socle.

ARTICLE 16 – BASE DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Les garanties sont exprimées en pourcentage des Bases de Remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire, et incluent les remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

La Mutuelle garantit le versement, dans les conditions prévues au tableau des garanties annexé à la présente notice d'information, des prestations en nature en complément de celles servies au titre de l'Assurance Maladie Obligatoire ainsi qu'au titre du Contrat « socle ».

Les prestations sont réglées sur la base de la Nomenclature des actes et tarifs appliqués par l'Assurance Maladie Obligatoire à la date des soins.

ARTICLE 17 – LIMITES DES GARANTIES ET EXCLUSIONS

Sauf mention contraire figurant dans le tableau des garanties annexé à la présente notice d'information, sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- les frais engagés hors de France ;
- les Actes hors Nomenclature ;
- les soins résultant d'une cause non liée directement à une maladie ou un accident et non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, tels que les cures de rajeunissements, les traitements esthétiques, la transformation sexuelle, les cures d'amaigrissement ou de désintoxication ainsi que leurs suites ;
- les soins dispensés en unité ou centre de long séjour tels que visés aux articles L.174-5 et suivants du Code de la Sécurité sociale ;
- les séjours et frais au sein d'établissements médico-sociaux (par exemple : les maisons d'accueil spécialisées et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et en tout état de cause, les frais de séjour au titre d'hospitalisation (par exemple : médecine, chirurgie, Soins de suite et de réadaptation, psychiatrie, etc.) non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

En aucun cas, la Mutuelle ne prendra en charge les Dépassements d'Honoraires non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements.

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

ARTICLE 18 – PLAFOND DES REMBOURSEMENTS

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le Bénéficiaire du

Contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

CHAPITRE III – RÉGLEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 19 – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Le bénéfice des prestations n'est accordé que si les cotisations dues à la Mutuelle ont été versées.

Votre conjoint, votre partenaire de PACS ou votre concubin ayant la qualité d'Ayant droit peut percevoir directement les prestations pour lui-même et/ou pour les enfants dont il a la charge, sous réserve que vous en fassiez expressément la demande auprès de la Mutuelle et que vous lui fassiez parvenir un relevé d'identité bancaire au format IBAN faisant expressément apparaître le nom de l'Ayant droit destinataire des remboursements.

Sauf demande contraire de votre part, les relevés de prestations sont dématérialisés et accessibles sur l'espace sécurisé « Adhérent » mis à votre disposition sur le site internet de la Mutuelle.

Les demandes de remboursements doivent, sous peine de déchéance des droits à prestations, être communiquées à la Mutuelle dans un délai maximum de 24 mois suivant la date des soins.

Elles sont accompagnées notamment :

- des décomptes de l'Assurance Maladie Obligatoire et/ou d'un autre organisme complémentaire s'il n'y a pas de télétransmission « NOEMIE » ;
- des factures détaillant les frais engagés, le cas échéant.

Outre ces documents, la Mutuelle peut en cas de nécessité demander toute pièce complémentaire nécessaire à une demande de remboursement des prestations.

En présence d'une prise en charge hospitalière, l'établissement hospitalier doit adresser sa facture à Viamédis, prestataire de la Mutuelle.

Les frais liés à la transmission à la Mutuelle des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des Bénéficiaires de la prestation. Ces pièces peuvent être transmises par voie dématérialisée sur l'espace sécurisé « adhérent » disponible sur le site internet de la Mutuelle.

ARTICLE 20 – PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont réglées par virement bancaire, dans un délai maximal ne pouvant excéder 30 jours à compter de la réception de l'ensemble des pièces, directement sur le compte du Bénéficiaire correspondant au relevé d'identité bancaire transmis à la Mutuelle lors de votre Adhésion ou lors de la mise à jour de vos informations.

ARTICLE 21 – PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, la Mutuelle délivre un accord de prise en charge permettant, dans la limite des garanties, le paiement des frais médicaux et chirurgicaux (et le cas échéant, des frais annexes à l'hospitalisation) tels que définis par le tableau des garanties annexé à la présente notice.

Si l'hospitalisation est consécutive à un accident de la circulation, la Mutuelle délivre un accord de prise en charge dans les conditions habituelles. Dans cette hypothèse, vous êtes tenus de fournir à la Mutuelle les éléments permettant d'exercer un éventuel recours auprès des organismes d'assurances concernés dans les conditions prévues à l'article 23 de la présente notice d'information.

ARTICLE 22 – PRESTATIONS INDUES

En cas de prestations indûment versées aux Bénéficiaires des garanties souscrites par votre employeur, la Mutuelle se réserve notamment le droit de recouvrer le montant

des prestations indues sur les prestations à venir le cas échéant.

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

ARTICLE 23 – RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES

En cas de paiement des prestations par la Mutuelle à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, la Mutuelle est subrogée à l'assuré qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'elle a supportées, conformément aux dispositions légales.

CHAPITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 24 – PRESCRIPTION DES ACTIONS

Toutes actions dérivant de la présente Notice sont prescrites dans le délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand votre action ou celle de votre 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 vous ou votre Ayant droit ou a été indemnisé par vos soins.

La prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription suivantes : impossibilité d'agir, minorité, recours à la médiation, à la conciliation, à la procédure participative, mesure d'instruction, action de groupe, demande en justice, mesure d'exécution forcée, mesure conservatoire, reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, ou par le biais d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception, adressé à la Mutuelle, par vous ou votre Ayant droit, en ce qui concerne le paiement de la prestation.

ARTICLE 25 – FAUSSE DÉCLARATION NON-INTENTIONNELLE

Conformément à l'article L.221-15 du code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du Membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie a les effets suivants :

- si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'Adhésion dans le cadre du Contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le Membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, les garanties prennent 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.
- si elle n'est constatée 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.

ARTICLE 26 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

La Mutuelle se réserve le droit de vous demander toute information et document pertinent dans le cadre de ses obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme issues du code monétaire et financier.

ARTICLE 27 – PROTECTION DES DONNÉES

Vos Données à caractère personnel et celles de vos Ayants droit Bénéficiaires recueillies par la Mutuelle font l'objet de traitements (automatisés ou non automatisés) nécessaires aux finalités mentionnées dans la Charte de protection des Données à caractère personnel de la Mutuelle, notamment celles ci-dessous mentionnées et ce, en application de la base juridique sur laquelle repose ce traitement :

• En exécution du Contrat ou de mesures précontractuelles :

Il s'agit de toute opération ayant pour objet la passation, la gestion et l'exécution du Contrat et des garanties y afférentes, notamment :

- la gestion du Contrat à tous les stades de vie de celui-ci ;
- l'exécution du Contrat impliquant toute opération technique nécessaire à la mise en œuvre des garanties et des prestations ;
- le traitement du numéro d'inscription au répertoire (NIR) ;
- la création de votre espace sécurisé ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ;
- la réalisation, par les bénévoles MGC présidents de comités locaux, départementaux et régionaux, de leurs missions tendant notamment à renseigner les adhérents sur la situation de leur Contrat ;
- l'envoi de la revue mutualiste ;
- la mise à disposition du Club Avantages.

• Au regard de la poursuite de l'intérêt légitime de la Mutuelle :

Il s'agit notamment des opérations suivantes :

- la mise en place d'actions de prévention dans le domaine de la santé ;
- les relations commerciales et contractuelles en vue de proposer, par tout moyen, les services de la Mutuelle :
- opérations promotionnelles, de prospection, de fidélisation, de développement commercial pour des produits ou services analogues ;
- la gestion de vos avis sur ses produits et services ;
- opérations techniques de prospection (normalisation, enrichissement, déduplication...).
- la sélection de personnes en vue de réaliser des actions de fidélisation (y compris en ce qui concerne les opérations de parrainage), prospection, promotion, sondage, test des produits ou services ;
- l'information portant sur des opérations de communication externe relatives à des jeux, concours et événements ;
- la réalisation d'enquêtes de satisfaction, amélioration de la qualité des services de la Mutuelle ;
- la lutte contre la fraude en assurance ;
- la sécurisation de l'accès à l'espace adhérent et à l'application mobile ;
- la numérisation et le stockage des documents entrants.

• Au titre du respect d'une obligation légale :

- la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCBFT) ainsi que la détection de fonds et ressources économiques faisant l'objet d'une mesure de gel ou de sanctions ;

- des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, telles que des traitements relatifs à l'exécution de règles fiscales ou sociales.

• En application du consentement de l'Adhérent :

- la prospection commerciale par voie électronique, hors produits ou services analogues, y compris les services des partenaires de la Mutuelle ;
- la prospection commerciale par voie téléphonique, hors sollicitations dans le cadre de l'exécution ou ayant un rapport avec l'objet du contrat.

Ces données sont destinées à la Mutuelle et peuvent être transmises à ses partenaires (assureurs, co-assureurs, réassureurs, courtiers, organismes de sécurité sociale obligatoire, délégataires de gestion, sous-traitants, prestataires informatiques ou de services y compris tiers de confiance), à ses avocats ou personnes en charge de représenter ses intérêts, aux tuteurs, curateurs, ou toute autre personne justifiant de la qualité d'aidant d'un adhérent en situation de dépendance, ainsi qu'aux présidents de ses comités locaux en vue de réaliser toute opération répondant aux finalités susmentionnées.

Les Données collectées sont conservées pour la durée nécessaire à la réalisation des finalités pour lesquelles elles ont été collectées puis archivées conformément aux délais légaux de prescription susceptibles de s'appliquer. En revanche, elles ne pourront être conservées, à des fins de prospection commerciale, par la Mutuelle que pendant un délai de 3 ans à compter de la fin de votre Affiliation.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données personnelles, vous et vos Ayants droit Bénéficiaires disposez des droits ci-dessous mentionnés.

Vous avez le droit :

- d'accéder aux données vous concernant. Pour ce faire, la Mutuelle fournit une copie des Données à caractère personnel faisant l'objet de traitements, sous réserve que celle-ci ne porte pas atteinte aux droits et libertés d'autrui. La Mutuelle peut exiger le paiement de frais raisonnables tenant compte des coûts administratifs pour toute copie supplémentaire demandée.
- de vous opposer, à tout moment, au traitement de vos Données à caractère personnel :
 - à des fins de prospection commerciale, y compris à un profilage s'il est lié à une telle prospection ;
 - fondé sur les intérêts légitimes poursuivis par la Mutuelle, y compris à un profilage réalisé sur ce fondement. Pour ce dernier cas, l'opposition doit être justifiée par des raisons tenant à votre situation particulière.
- Il est expressément précisé que le droit d'opposition au traitement des données personnelles ne s'applique pas au dispositif de Tiers payant. Si l'Adhérent souhaite s'opposer au traitement de ses données personnelles, il ne doit pas présenter sa carte de Tiers payant et ne bénéficiera pas du dispositif d'avance de frais.
- de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos Données à caractère personnel après votre décès.

Vous pouvez également obtenir de la Mutuelle :

- la rectification ou la suppression des données vous concernant ;
- la limitation du traitement de vos Données à caractère personnel ;
- la Portabilité de vos Données à caractère personnel.

Dans le cas où le traitement des Données à caractère personnel repose sur votre consentement, celui-ci est recueilli :

- préalablement à l'Affiliation/Adhésion, par le biais du bulletin d'Affiliation/d'Adhésion au Contrat souscrit par votre employeur ;
- à tout moment, via tout autre formulaire de contact.

Vous avez également la possibilité de retirer votre consentement à tout moment. Le retrait de celui-ci ne

compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ledit retrait.

Pour exercer l'un des droits susvisés, il vous faut adresser une lettre simple à la MGC à l'attention de Direction juridique et Conformité, 2 – 4 Place de l'Abbé Georges Hénocque, 75637 Paris Cedex 13 ou par mail à l'adresse suivante : service.dpo@m-g-c.com. En cas de doute raisonnable sur l'identité du demandeur, un justificatif d'identité pourra le cas échéant, être demandé par la MGC.

La Charte de protection des Données à caractère personnel de la Mutuelle est disponible sur son site Internet ou sur simple demande. Vous pouvez également contacter le Délégué à la Protection des données personnelles de la Mutuelle aux coordonnées suivantes : service.dpo@m-g-c.com.

Dans le cadre de la protection des Données à caractère personnel et du respect de la vie privée, vous pouvez saisir et introduire une réclamation auprès de la CNIL, 3 place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris Cedex 07.

ARTICLE 28 – DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Vous ne pourrez être démarché téléphoniquement par la Mutuelle que dans le cadre de l'exécution de votre contrat, et dès lors que cette sollicitation a un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de vous proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

ARTICLE 29 – RÉCLAMATION ET MÉDIATION

La Mutuelle MGC accorde une grande importance aux remarques et remontées de ses adhérents mais aussi à celles des tiers intéressés. C'est la raison pour laquelle elle a mis en place :

- Une procédure relative au traitement des réclamations et,
- Une procédure relative à la médiation si le traitement de votre réclamation ne vous a pas donné gain de cause ou satisfaction.

A. RÉCLAMATION

Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement envers la Mutuelle quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée. Elle peut émaner de toute personne, y compris en l'absence de relation contractualisée avec le professionnel : Membres participants ou Honoraires tels que définis à l'article 9 des Statuts, anciens adhérents, Bénéficiaires, personnes ayant sollicité de la Mutuelle la fourniture d'un produit ou service ou qui ont été sollicitées par la Mutuelle, y compris ses mandataires et leurs Ayants droit. Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation entrant dans le champ de la définition ci-dessus est à adresser au Service Réclamation prévu à cet effet.

Les réclamations peuvent lui être adressées comme suit :

- Par voie postale, à l'adresse suivante :
MGC, Service réclamations, TSA 91347, 75621 Paris Cedex 13.
- Par le site internet de la Mutuelle en se connectant sur l'espace Adhérent sécurisé,
- Via l'onglet contact du site internet de la Mutuelle.

Pour les réclamations susceptibles d'être formulées à l'oral ou par messagerie instantanée ne vous permettant pas de disposer d'une copie datée de la réclamation, nous vous invitons à les formaliser au moyen d'un support écrit durable. Cette formalisation ne sera pas nécessaire si la Mutuelle répond immédiatement et de façon satisfaisante à votre demande en direct.

La Mutuelle dispose d'un délai de 10 jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation, pour en accuser réception par écrit, sauf si la réponse elle-même est

apportée dans ce délai. Une réponse définitive est apportée au réclamant dans un délai de deux mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

B. MÉDIATION

Après épuisement des voies de recours au sein de la Mutuelle, vous pouvez saisir, le Médiateur de la Mutualité Française aux coordonnées ci-dessous.

En tout état de cause, vous pouvez, deux mois après l'envoi de votre réclamation (quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu) saisir le médiateur :

- soit à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, FNMF, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15 ;
- soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>.

La saisine du médiateur n'est possible qu'à la condition que le traitement de la réclamation ne fasse pas l'objet d'une action contentieuse.

Pour être recevable, la saisine doit être accompagnée des documents ou justificatifs de la réclamation auprès de la Mutuelle.

En cas de dossier incomplet, le service médiation adressera au réclamant une demande de complément d'information.

La procédure de médiation sera conduite dans le respect des dispositions en vigueur dans le Règlement de la médiation de la Mutualité Française.

Les parties sont libres d'accepter ou de refuser la décision du médiateur.

Par ailleurs, la participation à la médiation n'exclut pas la possibilité d'un recours ultérieur devant la juridiction compétente.

ARTICLE 30 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle est soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) : 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Notice d'information

MGC Assistance 15h

**Gammes : MGC Santé TNS,
MGC Santé Entreprise**

Applicable au 1^{er} janvier 2026

Notice d'information du contrat d'assistance n° 10416

Afin de faire face à un événement pouvant perturber la vie familiale (accident corporel, maladie soudaine, hospitalisation, décès...), la MGC, Mutuelle Générale des Cheminots, vous propose des garanties d'assistance (dénommées « MGC ASSISTANCE ») incluses dans votre couverture complémentaire santé MGC.



Ces garanties d'assistance sont assurées par MUTUAIDE ASSISTANCE - SA au capital de 15 180 660 € entièrement versé - Entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Bobigny sous la référence 383 974 086 et située 126, rue de la Piazza - CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX, et sont régies par le Code des Assurances.

La présente Notice d'information a pour objet de décrire les différentes garanties d'assistance et de définir les droits et obligations réciproques de l'Assureur et des Bénéficiaires

COMMENT CONTACTER NOTRE SERVICE ASSISTANCE

MUTUAIDE ASSISTANCE
126, rue de la Piazza – CS 20010
93196 NOISY LE GRAND CEDEX

7 JOURS SUR 7 - 24 HEURES SUR 24

- **par téléphone de France** : 01 41 77 45 77 (communication non surtaxée, coût selon opérateur, appel susceptible d'enregistrement)
- **par téléphone de l'étranger** : +33 1 41 77 45 77 précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international
- **par télécopie** : 01 45 16 63 92 (communication non surtaxée, coût selon opérateur, appel susceptible d'enregistrement)
- **par e-mail** : oquotidien@mutuaide.fr

Pour nous permettre d'intervenir dans les meilleures conditions, pensez à rassembler les informations suivantes qui vous seront demandées lors de votre appel :

- Le numéro du contrat,
- Votre nom et prénom,
- L'adresse de votre domicile,
- Le numéro de téléphone où nous pouvons vous joindre,
- La nature de votre problème.

> Seul l'appel téléphonique du bénéficiaire au moment de l'événement permet la mise en œuvre des prestations d'assistance. En cas d'incapacité de ce dernier, l'appel téléphonique d'un proche du bénéficiaire au moment de l'événement permet la mise en œuvre des prestations d'assistance.

> **Lors du premier appel, un numéro de dossier d'assistance vous sera communiqué. Le rappeler systématiquement, lors de toutes relations ultérieures avec notre Service Assistance.**

> Sauf cas de force majeure, toute demande d'assistance devra être formulée dans les 15 jours suivant l'événement générateur : premier jour de l'immobilisation au domicile, jour de sortie de l'hospitalisation, date du certificat du besoin de répit de l'Aidant. Passé ce délai, aucune garantie ne sera mise en œuvre.

> Attention, le délai de demande d'assistance pour la garantie « Aide-ménagère » et toutes les garanties d'assistance aux Aidants est de 7 jours à compter de l'événement générateur. Si la demande est effectuée entre 7 et 15 jours, les garanties ne seront accordées qu'au prorata des jours restants. Par exemple, si une demande d'Aide-ménagère est formulée à compter du 10^e jour, la garantie sera plafonnée à 5 jours.

Dans tous les cas, le nombre d'heures et la durée d'application des garanties sont déterminés par notre service médical. La mise en œuvre des services d'assistance est étudiée au cas par cas. Le nombre d'heures pourra être inférieur au plafond indiqué.

TABLEAU SYNTHÉTIQUE DES GARANTIES

Garanties	Nature des prestations	N° de page
GARANTIES D'ASSISTANCE AU DOMICILE		
1/ SELON LES CIRCONSTANCES		
Conseil social	1 à 5 entretiens téléphoniques par foyer et par an	p. 88
Recherche des prestataires	Aide et recherche	p. 88
2/ EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24H (PROGRAMMÉE OU NON) OU D'IMMOBILISATION DE PLUS DE 5 JOURS		
Venue d'un proche	Titre de transport A/R en train 1 ^{re} classe ou avion classe économique	p. 88
Aide-Ménagère	15 heures réparties sur 15 jours / 2 heures minimum par intervention.	p. 88
Garde des enfants de moins de 16 ans		p. 88
Garde au domicile	15 heures réparties sur 15 jours	
3/ EN CAS D'IMMOBILISATION DE PLUS DE 14 JOURS D'UN ENFANT		
Soutien scolaire	3 heures par jour / Maximum 30 heures	p. 88
4/ EN CAS DE SÉJOUR À LA MATERNITÉ DE PLUS DE 8 JOURS		
Aide-Ménagère	2 heures par jour / Maximum 15 heures réparties sur 15 jours	p. 88
5/ EN CAS D'IMMOBILISATION DE PLUS DE 5 JOURS		
Taxi non médicalisé A/R vers le lieu de travail	10 trajets domicile-travail ou travail-domicile, soit 5 A/R dans un rayon de 30 km / Maximum 1 fois par an	p. 88
GARANTIES D'ASSISTANCE AUX AIDANTS		
1/ EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS D'UNE JOURNÉE OU D'IMMOBILISATION DE PLUS DE 5 JOURS DE L'AIDANT OU DE SON CONJOINT		
Garde de l'Aidé au domicile		p. 89
- Auxiliaire de vie	15 heures réparties sur 15 jours Dont 2 heures pour la venue d'une coordinatrice si besoin	
- OU Aide à domicile	15 heures réparties sur 15 jours / 2 heures minimum par intervention.	
Venue ou transfert chez un proche		p. 89
- Venue d'un proche au domicile	Titre de transport A/R en train 1 ^{re} classe ou avion classe économique / Maximum 200 €	
- OU Transfert non médicalisé chez un proche	Titre de transport A/R en train 1 ^{re} classe ou avion classe économique / Maximum 200 €	
Services de proximité		p. 89
Livraison de médicaments	Organisation de la livraison des médicaments	
Livraison de repas	7 repas sur une période de 10 jours	p. 89
Livraison de courses	1 livraison par semaine / Maximum 4 semaines	
2/ EN CAS DE BESOIN DE RÉPIT DE L'AIDANT		
Garde de l'Aidé au domicile		p. 89
- Auxiliaire de vie	15 heures réparties sur 1 semaine	
- OU Aide à domicile	15 heures	
Venue ou transfert chez un proche		p. 89
- Venue d'un proche au domicile	Titre de transport A/R en train 1 ^{re} classe ou avion classe économique / Maximum 200 €	
- OU Transfert non médicalisé chez un proche	Titre de transport A/R en train 1 ^{re} classe ou avion classe économique / Maximum 200 €	
PROLONGEMENT DES GARANTIES		
Prolongement des garanties sur demande	Montant des prestations à votre charge	p. 89

ARTICLE 1 – DÉFINITIONS ET CHAMP D'APPLICATION

Pour l'application de la présente Notice d'information, les termes ci-dessous ont la signification suivante :

Nous :

MUTUAIDE ASSISTANCE-SA au capital de 15 180 660 € entièrement versé-Entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Bobigny sous la référence 383 974 086 et située 126, rue de la Piazza - CS 20010 - 93196 Noisy le Grand CEDEX.

Bénéficiaires :

Tout adhérent de la Mutuelle MGC bénéficiant d'un contrat collectif frais de santé (MGC SANTE Entreprise), ainsi que, s'ils sont mentionnés au contrat frais de santé :

- son conjoint de droit ou de fait,
- leurs enfants et petits-enfants fiscalement à charge,
- leurs enfants handicapés sans limite d'âge,
- leurs ascendants fiscalement à charge et résidant sous le même toit.

Sont également bénéficiaires du contrat d'assistance les TNS, Travailleurs Non-Salariés, ayant souscrit le contrat frais de santé MGC SANTE TNS éligible au dispositif fiscal Madelin ainsi que :

- leur conjoint de droit ou de fait,
- leurs enfants fiscalement à charge,
- leurs enfants handicapés sans limite d'âge,
- leurs ascendants fiscalement à charge et résidant sous le même toit.

Proche du bénéficiaire :

Toute personne physique désignée par le bénéficiaire et domiciliée en France ou dans les DROM.

Aidant :

L'aidant familial est la personne (adhérent ou conjoint) qui vient en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à une personne dépendante, pour les activités de la vie quotidienne. L'Aidant est obligatoirement adhérent de la Mutuelle MGC.

Aidé :

Proche dépendant qui nécessite la présence d'une autre personne pour l'aider dans ses activités quotidiennes.

DROM :

Par DROM, on entend les Départements et Régions d'Outre-Mer, soit la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane, La Réunion et Mayotte.

Domicile :

Lieu de résidence principal et habituel du bénéficiaire figurant comme domicile sur la déclaration d'impôts sur le revenu. Il est situé obligatoirement en France ou dans les DROM.

France :

La France métropolitaine et les DROM ainsi que les Principautés d'Andorre et de Monaco.

Territorialité :

La France et les DROM.

Maladie :

Toute altération de votre santé, consécutive ou non à une situation préexistante, constatée par une autorité médicale compétente.

Accident corporel :

Toute atteinte corporelle soudaine, non intentionnelle, provenant d'un événement imprévisible, constituant la cause du dommage et constatée par une autorité médicale compétente. L'intoxication alimentaire est assimilée à un accident.

Hospitalisation :

Tout séjour d'au moins une nuit dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical

ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

Hospitalisation imprévue :

Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours précédents. Immobilisation du bénéficiaire au domicile :

Toute immobilisation du bénéficiaire au domicile pour des raisons médicalement justifiées et prouvées.

Certificat médical descriptif :

Document justifiant et prouvant l'hospitalisation ou l'immobilisation d'un bénéficiaire au domicile. Il est complété à la fois par le médecin qui atteste de l'incapacité et par le bénéficiaire qui complète la partie administrative.

Médecin traitant :

Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le bénéficiaire auprès du régime de base. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

Validité des garanties :

Les garanties d'assistance sont acquises pendant la durée de validité de l'adhésion ou de l'affiliation à la Mutuelle MGC.

Nous organisons :

Nous accomplissons les démarches nécessaires pour délivrer la prestation.

Nous prenons en charge :

Nous supportons le coût de la prestation.

Nullité :

Toutes fraudes, falsifications ou fausses déclarations et faux témoignages susceptibles de mettre en œuvre les garanties prévues à la convention, entraînent la nullité de nos engagements et la déchéance des droits prévus à ladite convention.

Exécution des prestations :

Les prestations garanties ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de MUTUAIDE ASSISTANCE. En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par les Bénéficiaires/Adhérents ne pourra être remboursée par MUTUAIDE ASSISTANCE.

ARTICLE 2 – DESCRIPTION DES GARANTIES D'ASSISTANCE AU DOMICILE

1/ SELON LES CIRCONSTANCES

Conseil social

Afin de vous apporter des réponses en s'appuyant sur l'analyse des difficultés de la vie quotidienne ou vos attentes dans les domaines de la vie personnelle, familiale, professionnelle et économique, nous organisons et prenons en charge des entretiens téléphoniques avec un Travailleur Social, dans la limite indiquée au Tableau de Garanties. Le travailleur social s'appuie sur une approche globale de la personne afin de prendre en compte ses problématiques. Recherche de prestataires

En cas de besoin lié à un événement pouvant perturber la vie familiale et sur simple appel, nous recherchons également pour votre compte, des prestataires et organismes spécialisés agréés et implantés dans votre région, susceptibles d'intervenir afin d'apporter le service ou la prestation dont vous avez besoin.

Nous vous mettons en relation avec l'interlocuteur approprié, en vous indiquant les conditions dans lesquelles les prestations peuvent vous être fournies : délais d'intervention, coûts moyens pratiqués...

Le choix des prestataires ou organismes que nous avons pu identifier est laissé à votre libre initiative.

Dans tous les cas, le coût des prestations reste à votre charge.

2/ EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24H (PROGRAMMÉE OU NON) OU D'IMMOBILISATION DE PLUS DE 5 JOURS

Vous ou votre conjoint êtes hospitalisés pour une durée supérieure à 24 heures ou êtes immobilisés au domicile plus de 5 jours consécutifs à la suite d'un accident corporel ou d'une maladie. Nous intervenons dans les conditions décrites ci-après. Ces Garanties s'appliquent immédiatement si vous ou votre conjoint venez à décéder.

Venue d'un proche

Pour permettre à un de vos proches de se rendre à votre chevet, nous organisons et prenons en charge, dès le premier jour, ses frais de transport aller/retour, par les moyens les plus appropriés et en fonction des disponibilités locales.

Les frais d'hébergement et restauration et autres frais restent à la charge de cette personne.

Aide-ménagère

Pour faciliter le retour à la normale de la vie de votre foyer, nous vous faisons bénéficier des services d'une aide-ménagère à domicile :

- Soit dès le premier jour de votre hospitalisation, en aidant votre famille à faire face aux obligations domestiques qui vous incombent habituellement,
- Soit dès votre sortie de l'établissement de soins, en vous soulageant des tâches ménagères que votre convalescence ne vous permet d'assumer.

Cette garantie s'exerce à hauteur du plafond indiqué au Tableau de Garanties. Le nombre d'heures et la durée d'application sont, dans tous les cas, déterminés par notre service médical.

Garde des enfants de moins de 16 ans

Cette garantie s'applique pour les enfants de moins de 16 ans, ainsi que pour les enfants handicapés à charge sans limite d'âge, dès le premier jour.

À votre demande ou à celle de votre conjoint de droit ou de fait s'il détient l'autorité parentale, nous organisons et prenons en charge, dans la limite des contraintes et disponibilités locales, la garde au domicile des enfants par une assistante maternelle, entre 8 heures et 19 heures, à concurrence du plafond indiqué au Tableau de Garanties. L'assistante maternelle se chargera, le cas échéant, de la conduite des enfants à l'école.

3/ EN CAS D'IMMOBILISATION DE PLUS DE 14 JOURS D'UN ENFANT

Soutien scolaire

Suite à une maladie ou un accident corporel, votre enfant est immobilisé au domicile pour une durée supérieure à 14 jours consécutifs.

Nous organisons et prenons en charge, les services d'un répétiteur scolaire qui lui apportera, dans les matières principales, le soutien pédagogique dont il a besoin.

Cette garantie s'exerce pour tout enfant scolarisé (de la primaire à la terminale) dans la limite indiquée au Tableau de Garanties, hors week-end, jours fériés et périodes de vacances scolaires, tant que l'enfant n'est pas en mesure de retourner en classe.

La garantie se termine dès que l'enfant peut retourner en classe ou dans tous les cas à la fin de l'année scolaire en cours.

4/ EN CAS DE SÉJOUR À LA MATERNITÉ DE PLUS DE 8 JOURS

Aide-ménagère

En cas de prolongation de votre séjour à la maternité ou celui de votre conjoint au-delà de 8 jours, nous vous faisons bénéficier, dès le 9^e jour, des services d'une aide-ménagère à domicile, en aidant votre famille à faire face aux obligations domestiques qui vous incombent habituellement.

Cette garantie s'exerce à hauteur du plafond indiqué au Tableau de Garanties. Le nombre d'heures et la durée

d'application sont, dans tous les cas, déterminés par notre service médical.

5/ EN CAS D'IMMOBILISATION DE PLUS DE 5 JOURS

Transport aller et retour vers le lieu de travail

Vous ou votre conjoint êtes immobilisés plus de 5 jours consécutifs et vous avez besoin d'un transport vers votre lieu de travail. Nous mettons à votre disposition un transport non médicalisé en taxi pour vos trajets aller et retour quotidiens entre votre domicile et votre travail, dans la limite indiquée au Tableau de Garanties.

ARTICLE 3 - DESCRIPTION DES GARANTIES D'ASSISTANCE AUX AIDANTS

1/ EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS D'UNE JOURNÉE OU D'IMMOBILISATION DE PLUS DE 5 JOURS DE L'AIDANT OU DE SON CONJOINT

En cas d'hospitalisation imprévue de plus d'une journée ou d'immobilisation de plus de 5 jours de l'Aidant ou de son conjoint, nous mettons en place les prestations suivantes pour l'Aidé :

Garde de l'Aidé au domicile

Afin de permettre à l'Aidé de rester à son domicile, nous organisons et prenons en charge, dans la limite des contraintes et disponibilités locales, l'une des prestations suivantes :

- **soit la venue d'une auxiliaire de vie au domicile pour assurer la garde de jour de l'Aidé et l'accompagner dans la réalisation de ses tâches quotidiennes**, du lundi au vendredi entre 8 heures et 20 heures hors week-end et jours fériés, dans la limite indiquée au Tableau de Garanties. En fonction de la situation de l'Aidé, l'auxiliaire de vie pratiquera la toilette ou la douche, le lever et le coucher, les courses et la préparation des repas, le transfert de mobilité, l'accompagnement lors des sorties. Elle pourra également donner à manger aux personnes qui n'ont plus la capacité de le faire seules. Si besoin, nous pourrions prévoir la venue d'une coordinatrice pour analyser les besoins de l'Aidé, dans la limite indiquée au Tableau de Garanties.
- **soit la venue d'une aide à domicile pour accompagner l'Aidé dans la réalisation des tâches de la vie courante**, dans la limite indiquée au Tableau de Garanties. L'aide à domicile se chargera notamment de l'entretien de l'habitation, du repassage, de la réalisation des courses, la préparation des repas.

Venue ou transfert chez un proche

Pour permettre à l'Aidé d'être assisté par un de ses proches, nous organisons et prenons en charge, dans la limite des contraintes et disponibilités locales et dans la limite indiquée au Tableau de Garanties, l'une des prestations suivantes :

- **soit le transport aller/retour d'un proche résidant en France ou dans les DROM** au domicile de l'Aidé, par les moyens les plus appropriés.
- **soit le transfert non médicalisé aller/retour de l'Aidé jusqu'au domicile d'un proche en France ou dans les DROM**, par les moyens les plus appropriés.

Services de proximité

Afin d'assister l'Aidé dans son quotidien, nous lui faisons bénéficier des services de proximité suivants :

Livraison de médicaments :

L'Aidé n'est pas en mesure de se déplacer et personne dans son entourage proche n'est en mesure de récupérer pour lui des médicaments qui font l'objet d'une prescription médicale.

Nous organisons, dans la limite des contraintes locales, la livraison de ces médicaments. Le coût des médicaments reste à la charge de l'Aidé.

Nous ne sommes pas tenus à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de

50 km autour de votre domicile, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

Livraison de repas :

L'Aidé n'est pas en mesure de préparer ses repas ou de les faire préparer par une personne de son entourage, nous organisons, dans la limite des contraintes locales, la livraison de ces repas, à concurrence du plafond indiqué au Tableau de Garanties.

Le coût des repas reste à la charge de l'Aidé.

Livraison de courses :

L'Aidé n'est pas en mesure de faire les courses et aucune personne de son entourage proche ne peut les faire pour lui. Nous organisons et prenons en charge, dans la limite des contraintes locales, les frais de livraison de courses à concurrence du plafond indiqué au Tableau de Garanties.

Le montant des courses reste à la charge de l'Aidé ou de l'Aidant.

2/ EN CAS DE BESOIN DE RÉPIT DE L'AIDANT

En cas de besoin de répit de la part de l'Aidant suite à une fatigue morale ou physique justifiée par un certificat médical, ou dans la limite d'un répit dans l'année suivant l'entrée en dépendance ou une aggravation de l'état de l'état de dépendance de l'Aidé, nous intervenons dans les conditions suivantes :

Garde de l'Aidé au domicile

Afin de permettre à l'Aidé de rester au domicile, nous organisons et prenons en charge, dans la limite des contraintes et disponibilités locales, l'une des prestations suivantes :

- **soit la venue d'une auxiliaire de vie au domicile pour assurer la garde de jour de l'Aidé et l'accompagner dans la réalisation de ses tâches quotidiennes**, du lundi au vendredi entre 8 heures et 20 heures hors week-end et jours fériés, dans la limite indiquée au Tableau de Garanties. En fonction de la situation de l'Aidé, l'auxiliaire de vie pratiquera la toilette ou la douche, le lever et le coucher, les courses et la préparation des repas, le transfert de mobilité, l'accompagnement lors des sorties. Elle pourra également donner à manger aux personnes qui n'ont plus la capacité de le faire seules.
- **soit la venue d'une aide à domicile pour accompagner l'Aidé dans la réalisation des tâches de la vie courante**, dans la limite indiquée au Tableau de Garanties. L'aide à domicile se chargera notamment de l'entretien de l'habitation, du repassage, de la réalisation des courses, la préparation des repas. Venue ou transfert chez un proche

Pour permettre à l'Aidé d'être assisté par un de ses proches, nous organisons et prenons en charge, dans la limite des contraintes et disponibilités locales et dans la limite indiquée au Tableau de Garanties, l'une des prestations suivantes :

- **soit le transport aller/retour d'un proche résidant en France ou dans les DROM** au domicile de l'Aidé, par les moyens les plus appropriés.
- **soit le transfert non médicalisé aller/retour de l'Aidé jusqu'au domicile d'un proche en France ou dans les DROM**, par les moyens les plus appropriés.

ARTICLE 4 – PROLONGEMENT DES GARANTIES

À votre demande, nous avons la possibilité de prolonger les garanties que nous avons mises en place pour vous, quand celles-ci viennent à prendre fin. Pour cela, nous vous mettons en relation avec nos prestataires agréés pour la suite de l'assistance.

Le montant des prestations qui ont été prolongées reste à votre charge.

ARTICLE 5 – LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Ne donnent pas lieu à notre intervention :

- Les prestations qui n'ont pas été demandées ou qui n'ont pas été organisées par nos soins ou avec notre accord,
- Les conséquences et les dommages survenant dans les pays en état de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non, les pays touchés par des tremblements de terre, éruptions volcaniques, raz de marée ou autres cataclysmes,
- Les conséquences et les dommages résultant d'infractions à la législation française ou étrangère,
- L'utilisation d'appareils de navigation aérienne, d'engins de guerre et armes à feu,
- Le suicide ou la tentative de suicide et ses conséquences,
- Toute mutilation volontaire du bénéficiaire,
- La pratique de tout sport à titre professionnel,
- La participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye donnant droit à un classement national ou international qui est organisé par une fédération sportive pour laquelle une licence est délivrée ainsi que l'entraînement en vue de ces compétitions,
- Les accidents résultant de votre participation, même à titre d'amateur aux sports suivants : sports mécaniques (quel que soit le véhicule à moteur utilisé), sports aériens, alpinisme de haute montagne, bobsleigh, chasse aux animaux dangereux, hockey sur glace, skeleton, sports de combat, spéléologie, sports de neige comportant un classement international, national ou régional,
- La participation à des paris, rixes (sauf cas de légitime défense),
- Les frais de restauration, hôtel, sauf ceux précisés dans le texte des garanties,
- L'usage de stupéfiants ou drogues non prescrits médicalement,
- L'usage de médicaments ou de toute substance hors prescription médicale, et ses conséquences,
- L'abus d'alcool et ses conséquences,
- Les dommages résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive de votre part conformément à l'art. L113-1 du Code des Assurances,
- La participation à des exercices effectués sous le contrôle de l'autorité militaire,
- Tout effet d'une source de radioactivité, • Les épidémies, pollutions, catastrophes naturelles. La responsabilité de MUTUAIDE ASSISTANCE ne peut en aucun cas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure, ou d'événements tels que la guerre civile ou étrangère, les émeutes ou mouvements populaires, le lock-out, les grèves, les attentats, les actes de terrorisme, les pirateries, les tempêtes et ouragans, les tremblements de terre, les cyclones, les éruptions volcaniques ou autres cataclysmes, la désintégration du noyau atomique, l'explosion d'engins et les effets nucléaires radioactifs, les épidémies, les effets de la pollution et catastrophes naturelles, les effets de radiation ou tout autre cas fortuit ou de force majeure, ainsi que leurs conséquences.

ARTICLE 6 – LES EXCLUSIONS DE L'ASSISTANCE AU DOMICILE

Ne donnent pas lieu à notre intervention :

- Les hospitalisations dans les établissements et services psychiatriques,
- Les traitements ou interventions chirurgicales à but esthétique qui ne seraient pas la conséquence d'un accident garanti par le contrat, ou dans un but de rajeunissement,
- Une aggravation due à un traitement tardif liée à une négligence de l'assuré ou à l'inobservation intentionnelle par celui-ci des prescriptions du médecin,
- Les séjours de cure ou postcure de toute nature (désintoxication, psychanalyse, psychothérapie, rajeunissement, diététique, esthétique...) autres que les cures thermales médicalement prescrites,

- Les séjours en maison de repos ou de convalescence, de retraite, services de gériatrie et de gérontologie ou hospices,
- Les séjours en établissement à caractère sanitaire ou social,
- Les séjours en établissement et services sociaux d'accueil, d'hébergement et d'assistance, de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies ou contre les maladies mentales caractérisées autres que les centres hospitaliers ou psychiatrie et les maisons de santé pour maladies mentales,
- L'interruption volontaire de grossesse et ses conséquences,
- Les séjours pour traitement contre l'infertilité, pour le changement de sexe.

ARTICLE 7 – RÈGLES DE FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Seul l'appel téléphonique du Bénéficiaire/Adhérent au moment de l'événement permet la mise en œuvre des prestations d'assistance.

Dès réception de l'appel, MUTUAIDE ASSISTANCE, après avoir vérifié les droits du demandeur, organise et prend en charge les prestations prévues dans la présente convention.

Pour bénéficier d'une prestation, MUTUAIDE ASSISTANCE peut demander au Bénéficiaire/Adhérent de justifier de la qualité qu'il invoque et de produire, à ses frais, les pièces et documents prouvant ce droit.

Le Bénéficiaire/Adhérent doit permettre à nos médecins l'accès à toute information médicale concernant la personne pour laquelle nous intervenons. Cette information sera traitée dans le respect du secret médical.

MUTUAIDE ASSISTANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence et intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales, ni prendre en charge les frais ainsi engagés, à l'exception des frais de transport en ambulance ou en taxi jusqu'au lieu le plus proche où pourront être prodigués les soins appropriés, en cas d'affection bénigne ou de blessures légères ne nécessitant ni un rapatriement ni un transport médicalisé.

Les interventions que MUTUAIDE ASSISTANCE est amenée à réaliser se font dans le respect intégral des lois et règlements nationaux et internationaux. Elles sont donc liées à l'obtention des autorisations nécessaires par les autorités compétentes.

Lorsque MUTUAIDE ASSISTANCE a pris en charge le transport d'un Bénéficiaire/Adhérent, ce dernier doit lui restituer son billet de retour initialement prévu et non utilisé.

MUTUAIDE ASSISTANCE décide de la nature de la billetterie aérienne mise à la disposition du Bénéficiaire/Adhérent en fonction des possibilités offertes par les transporteurs aériens et de la durée du trajet.

ARTICLE 8 – CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

Les remboursements au Bénéficiaire/Adhérent ne peuvent être effectués par nos soins que sur présentation des factures originales acquittées correspondant à des frais engagés avec notre accord.

Les demandes de remboursement doivent être adressées à :

MUTUAIDE ASSISTANCE (MGC ASSISTANCE)
Service Gestion des Sinistres
126, rue de la Piazza – CS 20010
93196 NOISY LE GRAND CEDEX

ARTICLE 9 – MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Une réclamation est l'expression orale ou écrite d'un mécontentement envers un professionnel. Une

demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

Pour toute réclamation sur vos garanties d'assistance, vous pouvez vous adresser à MUTUAIDE en appelant le 01.41.77.45.77.

S'il n'est pas donné satisfaction à votre réclamation orale, nous vous invitons à nous écrire, soit par e-mail à : qualite.assistance@mutuaide.fr ou par courrier à :

MUTUAIDE ASSISTANCE
SERVICE QUALITE CLIENTS
126, rue de la Piazza - CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX

En cas de réclamation écrite, nous accuserons réception de celle-ci dans un délai maximum de 10 jours ouvrables à partir de sa date d'envoi.

Notre réponse doit vous être apportée par écrit deux mois au plus tard à compter de l'envoi de cette réclamation.

Si cette réponse ne vous satisfait pas, ou si aucune réponse ne vous a été apportée à l'issue de ces deux mois, vous disposez du droit de saisir la Médiation de l'Assurance sur le site www.mediation-assurance.org ou par courrier (La Médiation de l'Assurance TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09), sans préjudice du droit de saisir la justice.

ARTICLE 10 – COLLECTE DE DONNÉES

Le Bénéficiaire reconnaît être informé que l'Assureur, traite ses données personnelles conformément à la réglementation relative à la protection des données personnelles en vigueur et que par ailleurs :

- -Les réponses aux questions posées sont obligatoires et qu'en cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à son égard peuvent être la nullité de l'adhésion au contrat (article L 113-8 du Code des Assurances) ou la réduction des indemnités (article L 113-9 du Code des Assurances),
- Le traitement des données personnelles est nécessaire à l'adhésion et l'exécution de son contrat et de ses garanties, à la gestion des relations commerciales et contractuelles, ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur.
- Les données collectées et traitées sont conservées pour la durée nécessaire à l'exécution du contrat ou de l'obligation légale. Ces données sont ensuite archivées conformément aux durées prévues par les dispositions relatives à la prescription.
- Les destinataires des données le concernant sont, dans la limite de leurs attributions, les services de l'Assureur en charge de la passation, gestion et exécution du Contrat d'assurance et des garanties, ses délégataires, mandataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes professionnels ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs.

Des informations le concernant peuvent également être transmises au Souscripteur, ainsi qu'à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

- En sa qualité d'organisme financier, l'Assureur est soumis aux obligations légales issues principalement du code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme

et, qu'à ce titre, il met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon ou à une mesure de gel des avoirs.

Les données et les documents concernant le Bénéficiaire sont conservés pour une durée de cinq (5) ans à compter de la clôture du contrat ou de la cessation de la relation.

- Ses données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Cette inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de son dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés.

Dans ce cadre, des données personnelles le concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Assureur dans le cadre de la lutte contre la fraude. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

En cas d'alerte de fraude, les données sont conservées maximum six (6) mois pour qualifier l'alerte puis supprimées, sauf si l'alerte s'avère pertinente. En cas d'alerte pertinente les données sont conservées jusqu'à cinq (5) ans à compter de la clôture du dossier de fraude, ou jusqu'au terme de la procédure judiciaire et des durées de prescription applicables.

Pour les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, les données les concernant sont supprimées passé le délai de 5 ans à compter de la date d'inscription sur cette liste.

- En sa qualité d'Assureur, il est fondé à effectuer des traitements de données relatives aux infractions, condamnations et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du contrat, soit en cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion de contentieux.
- Les données personnelles pourront également être utilisées par l'Assureur dans le cadre de traitements qu'il met en œuvre et dont l'objet est la recherche et le développement pour améliorer la qualité ou la pertinence de ses futurs produits d'assurance et ou d'assistance et offres de services.
- Les données personnelles le concernant peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de l'Assureur établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne.
- Le Bénéficiaire dispose, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition aux données traitées. Il dispose également du droit de demander de limiter l'utilisation de ses données lorsqu'elles ne sont plus nécessaires, ou de récupérer dans un format structuré les données qu'il a fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsqu'il a consenti à l'utilisation de ces données.

Il dispose d'un droit de définir des directives relatives au sort de ses données personnelles après sa mort. Ces directives, générales ou particulières, concernent la conservation, l'effacement et la communication de ses données après son décès.

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué Représentant à la Protection des Données de l'Assureur, sans préjudice du droit de saisir la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07) :

- par mail : à l'adresse DRPO@MUTUAIDE.fr
- ou
- par courrier : en écrivant à l'adresse suivante :
Délégué représentant à la protection des données
– MUTUAIDE ASSISTANCE – 126, rue de la Piazza
– CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX.

ARTICLE 11 – PLURALITÉ D'ASSURANCES

Conformément aux dispositions de l'Article L 121-4 du Code des assurances, quand plusieurs assurances sont contractées sans fraude, chacune d'elle produit ses effets dans les limites des garanties du contrat, et dans le respect des dispositions de l'Article L 121-1 du Code des assurances.

ARTICLE 12 – SUBROGATION

MUTUAIDE ASSISTANCE est subrogée à concurrence des indemnités payées et des services fournis par elle dans les droits et actions du Bénéficiaire, contre toute personne responsable des faits ayant motivé son intervention. Lorsque les prestations fournies en exécution de la convention sont couvertes en tout ou partie auprès d'une autre compagnie ou institution, MUTUAIDE ASSISTANCE est subrogée dans les droits et actions du bénéficiaire contre cette compagnie ou cette institution.

ARTICLE 13 – PRESCRIPTION

En application de l'article L 114-1 du Code des assurances, toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, ce délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Ce délai de prescription peut être interrompu, conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances, par une des causes ordinaires d'interruption suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil) ;
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à extinction de l'instance. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil). Il est rappelé que :

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le

délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du Code civil).

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du Code civil).

Le délai de prescription peut être interrompu également par :

- la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et adressée par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité de sinistre).

ARTICLE 14 – RÈGLEMENT DES LITIGES

Le présent contrat est régi exclusivement par la loi française. Tout différend né entre l'Assureur et le Bénéficiaire relatif à la fixation et au règlement des prestations sera soumis par la partie la plus diligente, à défaut de résolution amiable, à la juridiction compétente du domicile du bénéficiaire conformément aux dispositions prévues à l'article R114-1 du Code des assurances.

ARTICLE 15 – FAUSSES DÉCLARATIONS

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion :

- Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de votre part entraîne la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues, tel que prévu à l'article L113.8 du Code des Assurances ;
- Toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après la notification qui vous sera adressée par lettre recommandée et/ou l'application de la réduction des indemnités du Code des Assurances tel que prévu à l'article L113.9.

ARTICLE 16 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de MUTUAIDE est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4, place de Budapest – CS 92 459 – 75 436 Paris Cedex 9



Qui est la mutuelle MGC ?

Experte en protection sociale depuis plus de 140 ans

La mutuelle MGC protège, depuis 1883, les agents de la SNCF et leur famille.

Depuis 2006, elle s'est ouverte à tous et a mis son savoir-faire au service des entreprises et des indépendants.

La mutuelle est présente sur tout le territoire national avec six agences et son siège à Paris dans le 13^e.

En bref

186 collaborateurs

172 190 personnes protégées

190 M€ de chiffre d'affaires en 2025

Contactez la mutuelle MGC

01 40 78 57 10

du lundi au vendredi 9h - 17h30.

mutuelleMGC.fr



Retrouvez-nous aussi en agence

Agence PARIS 13

14 rue des peupliers, 75013 PARIS

Agence PARIS EST

6 rue du Château-Landon, 75010 PARIS

Agence BORDEAUX

35 rue Charles Domercq, 33800 BORDEAUX

Agence LYON

167 cours Lafayette, 69006 LYON

Agence RENNES

37 avenue Jean Janvier, 35000 RENNES

Agence MARSEILLE

Ouverture prochaine