

MGC Santé Entreprise

Offre SYNTEC

2020



La solution santé pour les Chefs d'Entreprise et leurs Salariés








mutuelleMGC.fr

7 niveaux de garanties qui couvrent les petits tracas ou les gros pépins de vos salariés. Vous choisissez la formule qui correspond à leurs besoins et à votre budget.






Prestations essentielles

Le socle minimum obligatoire de la CCN SYNTEC

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






Prestations équilibrées

Niveaux 1 et 2 : des formules équivalentes aux Options 1 et 2 de la CCN SYNTEC

	Niveau 1	Niveau 2
 Soins courants	● ● ○ ○ ○ ○	● ● ● ○ ○ ○
 Hospitalisation	● ● ○ ○ ○ ○	● ● ● ○ ○ ○
 Optique	● ● ○ ○ ○ ○	● ● ● ○ ○ ○
 Dentaire	● ● ○ ○ ○ ○	● ● ● ○ ○ ○
 Médecines douces	● ○ ○ ○ ○ ○	● ● ○ ○ ○ ○

Prestations renforcées

Niveaux 3 à 6 : des garanties complètes et renforcées

	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
 Soins courants	● ● ● ● ○ ○	● ● ● ● ● ○	● ● ● ● ● ●	● ● ● ● ● ●
 Hospitalisation	● ● ● ● ● ○	● ● ● ● ● ●	● ● ● ● ● ●	● ● ● ● ● ●
 Optique	● ● ● ● ● ○	● ● ● ● ● ●	● ● ● ● ● ●	● ● ● ● ● ●
 Dentaire	● ● ● ● ● ○	● ● ● ● ● ●	● ● ● ● ● ●	● ● ● ● ● ●
 Médecines douces	● ● ● ● ○ ○	● ● ● ● ● ○	● ● ● ● ● ○	● ● ● ● ● ●



SPÉCIFICITÉ

- **Avantage fiscal** : Déductions des cotisations patronales aux bénéfices imposables (art. 39 du Code Général des Impôts)
- **Avantage social** : Exonération sociale des cotisations versées par l'entreprise (art. L242-1 du Code de la Sécurité sociale)



SIMPLICITÉ

- **Tiers-payant national** (pas d'avance de frais)
- **Aucun questionnaire médical**
- **Prise en charge immédiate**
- **Remboursements automatiques sous 48h** après le remboursement de la caisse d'assurance maladie obligatoire (si la télétransmission est mise en place)



ACCESSIBILITÉ

- **Service de devis et de prise en charge** pour les dépenses en optique et dentaire, ainsi que pour les hospitalisations
- **Service d'assistance 24h/24 et 7j/7**, pour accompagner vos salariés en cas de coups durs
- **Des conseillers experts** dédiés et joignables sur leur ligne directe

OFFRE SYNTEC - Tableau des garanties 2020

Garanties applicables au 1^{er} janvier 2020.

Les garanties sont conformes au cahier des charges des contrats responsables, au cahier des charge de la protection sociale complémentaire des salariés 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. Cette réforme se déploie par étape depuis le 1^{er} janvier 2019 et sera intégralement entrée en vigueur à compter

du 1^{er} janvier 2021. Dès 2020, le bénéficiaire des garanties pourra 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.

- **Le Niveau 5 est facultatif et associé au niveau 3 ou 4 seulement**
- **Le Niveau 6 est facultatif et associé au niveau 4 seulement**

	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%
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%
Actes imagerie dans le cadre de l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	145%	170%	300%	400%	400%	400%
Actes imagerie hors OPTAM ⁽¹⁾	100%	125%	150%	200%	200%	200%	200%
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%
Automédication en Pharmacie ⁽²⁾ (par année civile)	-	-	-	75€/an**	100€/an**	110€/an**	120€/an**
Produits de sevrage tabagique (par année civile)	-	-	50€/an**	50€/an**	50€/an**	50€/an**	50€/an**
Contraception féminine (par année civile)	-	-	50€/an**	60€/an**	70€/an**	80€/an**	90€/an**
Matériel médical :							
Orthopédie et autres prothèses (petit et grand appareillage)	175%	200%	200%	300%	400%	400%	400%
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 pour longs séjours							
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%	500%	500%
Honoraires en hospitalisation et ambulatoire hors OPTAM ⁽¹⁾	175%	200%	200%	200%	200%	200%	200%
Participation forfaitaire actes lourds (par acte)	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
Chambre particulière⁽³⁾ :							
Chambre particulière en établissement conventionné (durée illimitée) (par jour)	45 €/jour	60 €/jour	90 €/jour	100 €/jour	120 €/jour	120 €/jour	120 €/jour
Frais d'accompagnement :							
Personne accompagnante en établissement conventionné : repas et lit (durée illimitée) (par jour)	45 €/jour	60 €/jour	90 €/jour	90 €/jour	90 €/jour	90 €/jour	90 €/jour
OPTIQUE							
Équipements optiques (forfaits € incluant la prise en charge de l'AMO)							
Participation limitée à un équipement (2 verres et 1 monture) tous les 24 mois, ramenés à 12 mois pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans et à 6 mois pour les enfants jusqu'à 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. Délai s'appréciant à partir de la date de facturation du dernier équipement ayant donné lieu à une prise en charge par l'AMO. Par exception, en cas d'évolution de la vue et dans les conditions réglementairement définies, il peut être dérogé à ces délais.							
Équipement de la gamme OFFRECLAIR chez tous les opticiens-partenaires SANTÉCLAIR : (partenaires accessibles selon implantation du réseau (coordonnées consultables à partir de l'espace adhérent MGC sur mutuellemgc.fr ou en contactant votre conseiller MGC))							
- Monture de la gamme OFFRECLAIR (dans le choix de 80 montures Origine France Garantie)							Prise en charge intégrale
- Verre de la gamme OFFRECLAIR : verres de marque avec traitement aminci, anti-rayures et anti-reflets (les verres peuvent être associés à une monture de la gamme OFFRECLAIR ou à une monture à prix libre							Prise en charge intégrale

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

Suite du tableau page suivante >

Équipement 100% santé :

- 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

Équipement 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) ⁽⁴⁾	sphère de -6 à +6	40 €	50 €	60 €	85 €	110 €	110 €	110 €
	sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	75 €	85 €	95 €	125 €	165 €	165 €	165 €
	sphère <-12 ou >+12	80 €	90 €	100 €	135 €	175 €	175 €	175 €
	cylindre <= +4 sphère de -6 à 0	50 €	60 €	70 €	95 €	120 €	120 €	120 €
	sphère >0 et (sphère et cylindre) <=+6	50 €	60 €	70 €	95 €	120 €	120 €	120 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique (par verre) ⁽⁴⁾	sphère >0 et (sphère et cylindre) >+6	70 €	70 €	70 €	95 €	120 €	120 €	120 €
	cylindre <= +4, sphère <-6	80 €	90 €	100 €	135 €	175 €	175 €	175 €
	cylindre > +4, sphère de -6 à 0	90 €	100 €	110 €	145 €	185 €	185 €	185 €
	cylindre > +4, sphère de <-6	100 €	110 €	120 €	155 €	195 €	195 €	195 €
Verre multifocal ou progressif sphérique (par verre) ⁽⁴⁾	sphère de -4 à +4	105 €	115 €	125 €	175 €	225 €	225 €	225 €
	sphère de <-4 à >+4	115 €	125 €	135 €	185 €	235 €	235 €	235 €
	cylindre <=+4, sphère de -8 à 0	125 €	135 €	145 €	195 €	245 €	245 €	245 €
	sphère >0 et (sphère + cylindre) <=+8	125 €	135 €	145 €	195 €	245 €	245 €	245 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique (par verre) ⁽⁴⁾	sphère >0 et (sphère + cylindre) >+9	125 €	135 €	145 €	195 €	245 €	245 €	245 €
	cylindre >+4, sphère de -8 à 0	125 €	135 €	145 €	195 €	245 €	245 €	245 €
	sphère de <-8	125 €	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) ⁽⁴⁾	sphère de -6 à +6	70 €	80 €	90 €	120 €	145 €	145 €	145 €
	sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	80 €	90 €	100 €	160 €	200 €	200 €	200 €
	sphère <-12 ou >+12	90 €	100 €	110 €	170 €	210 €	210 €	210 €
	cylindre <= +4 sphère de -6 à 0	80 €	90 €	100 €	130 €	155 €	155 €	155 €
	sphère >0 et (sphère et cylindre) <=+6	80 €	90 €	100 €	130 €	155 €	155 €	155 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique (par verre) ⁽⁴⁾	sphère >0 et (sphère et cylindre) >+6	80 €	90 €	100 €	130 €	155 €	155 €	155 €
	cylindre <= +4, sphère <-6	90 €	100 €	110 €	170 €	210 €	210 €	210 €
	cylindre > +4, sphère de -6 à 0	100 €	110 €	120 €	180 €	220 €	220 €	220 €
	cylindre > +4, sphère de <-6	110 €	120 €	130 €	190 €	230 €	230 €	230 €
Verre multifocal ou progressif sphérique (par verre) ⁽⁴⁾	sphère de -4 à +4	130 €	140 €	160 €	210 €	260 €	260 €	260 €
	sphère de <-4 à >+4	140 €	150 €	170 €	220 €	270 €	270 €	270 €
	cylindre <=+4, sphère de -8 à 0	150 €	160 €	180 €	230 €	280 €	280 €	280 €
	sphère >0 et (sphère + cylindre) <=+8	150 €	160 €	180 €	230 €	280 €	280 €	280 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique (par verre) ⁽⁴⁾	sphère >0 et (sphère + cylindre) >+9	150 €	160 €	180 €	230 €	280 €	280 €	280 €
	cylindre >+4, sphère de -8 à 0	150 €	160 €	180 €	230 €	280 €	280 €	280 €
	sphère de <-8	150 €	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, non remboursées par l'AMO, jetables (par année civile); garanties égales au minimum à 100%BR pour les lentilles remboursées par l'AMO	85 €/an**/ bénéficiaire	100 €/an**/ bénéficiaire	200 €/an**/ bénéficiaire	225 €/an**/ bénéficiaire	315 €/an**/ bénéficiaire	330 €/an**/ bénéficiaire	350 €/an**/ bénéficiaire
Opération chirurgicale réfractive (par œil)	600 €/œil	700 €/œil	750 €/œil	750 €/œil	750 €/œil	750 €/œil	750 €/œil

AIDES AUDITIVES

Prothèses auditives (par prothèse et par année civile); garanties égales au minimum à 100%BR	450 €/oreille (2 prothèses/an** max)	600 €/oreille (2 prothèses/an** max)	1 000 €/oreille (2 prothèses/an** max)	1 200 €/oreille (2 prothèses/an** max)	1 400 €/oreille (2 prothèses/an** max)	1 400 €/oreille (2 prothèses/an** max)	1 400 €/oreille (2 prothèses/an** max)
--	--------------------------------------	--------------------------------------	--	--	--	--	--

	Éco	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
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 dentaires 100% santé :							
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.							
	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%	500%	500%
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 et par bénéficiaire)	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) ⁽⁵⁾	-	250%	250%	300%	350%	350%	350%
Parodontologie non remboursée par l'AMO	-	200€ / an**	300€ / an**	300€ / an**	300€ / an**	300€ / an**	300€ / an**
Implantologie (implant, pilier)(par année civile et par bénéficiaire)	500 €/an**	500 €/an**	500 €/an**	500 €/an**	600 €/an**	600 €/an**	700 €/an**
PRÉVENTION							
Prévention remboursée par l'AMO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médecines douces : consultation ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien, tabacologue (par séance)	-	3 x 25€/an**	4 x 30€/an**	4 x 40€/an**	4 x 50€/an**	5 x 50€/an**	5 x 60€/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**
Vaccin anti-grippe - *limite 15€	-	-	Frais réels*	Frais réels*	Frais réels*	Frais réels*	Frais réels*
Vaccins prescrits non remboursés par l'AMO	-	-	90€/an**	90€/an**	90€/an**	90€/an**	90€/an**
Ostéodensitométrie (par année civile)	-	-	60€/an**	65€/an**	70€/an**	70€/an**	70€/an**
AUTRES PRESTATIONS							
Naissance et adoption (par enfant)	-	-	-	500 €	600 €	600 €	600 €
Assistance (cf. notice d'information dédiée)	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

Conditions de remboursement MGC

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 MGC ne vous rembourse pas les franchises médicales et la participation forfaitaire de 1€ sur les consultations.

> La MGC ne rembourse pas les soins et les actes médicaux dont le fait générateur (date de la prescription, 1^{er} jour d'hospitalisation...) intervient avant la date d'effet de l'adhésion.

> La 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-CO est un dispositif similaire à celui de l'OPTAM destiné aux Chirurgiens et Obstétriciens.

2 - Liste automédication en date du 21/08/2019, 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 médicaments (= générique). Les noms suivis d'un astérisque * sont des médicaments contenant de l'ibuprofène ou du kétoprofène - à ne pas utiliser en cas de fièvre ou d'infection.

• **Rhume**: Physiodose, Physiomer

• **Rhinite allergique**: Actifed allergie cétirizine, Alairgix allergie cétirizine, Alairgix rhinite allergique cromogliccate de sodium 2, **Cétirizine**, Cromorhinol, Dimegan, Doli'allergie loratadine, Drill allergie cétirizine, Humex allergie cétirizine, Humex allergie loratadine, Humex rhume des foies à la béclo-métasone, **Loratadine**, Polaramine, Zyrtecset

• **Antalgique**: Advil*, Advilcaps*, Advilmed*, Algodol, Algodol caféine, Alka seltzer, Antarene*, Antigrippine à l'aspirine, Aspegic, **Aspirine**, Aspro, Aspro caféine, Asproflash, Céfaline, Claradol, Claradol caféine, Dafalgan, Dolidon, Doliprane, Dolipranecaps, Dolipraneliquiz, Dolipraneorodoz, Dolipranetabs, Dolko, Efferalgan, Efferalganmed, Geluprane, Hemagene tailleur*, Ibupradolli*, **Ibuprofène***, Intralgis*, Metaspirine, Nurofen*, Nurofencaps*, Nurofenfem*, Nurofenflash*, Nurofenpro*, Nurofentabs*, Panadol, **Paracétamol**, Paralyoc, Spedifen*, Spifen*, Toprec*, Upfen*

• **Anxiété, troubles sommeil, dépression légère**: Anxemil, Arkogélules aubéline, Arkogélules eschscholtzia, Arkogélules houblon, Arkogélules passiflore, Arkogélules valériane, Biocardec, Biomag agrumes, Cardiacalm, Complexe Lehning gelsemium, Composé Boiron passiflora, Donormyl, **Doxylamine**, Elusanes aubépine, Elusanes eschscholtzia, Elusanes natudor, Elusanes passiflore, Elusanes valériane, Euphytose, Granions de lithium,

Homéogène 46, Homéonormyl, Lehning L72, Lidene, Noctyl, Oligosol lithium, Omezelis, Passiflorine, Plenesia nervosité, Santane n9, Sédatif PC, Sédopal, Somnidoron, Spasmine, Stressdoron, Sympathy, Tranquital, Zenalia

• **Troubles digestifs > antidiarrhéiques**: Diaretyl, Diarfix, Diastrolib, Ercestop, Gastrowell l'opéramide, Imodiumcaps, Imodiumduo, Imodiumlingual, Imodiumliquicaps, Indiaral, **Lopéramide**, **Racécadotril**, Tiorfast

• **Troubles digestifs > laxatifs**: Casenlax, Duphalac, Eductyl, Forlax, Forlaxlib, **Huile de paraffine**, Importal, **Lactulose**, Lansoyl, Laxaron, Lubentyl, **Macrogol**, Melaxib, Melaxose, Microlox macrogol, Movicol, Normacol, Parapsyllium, Psylla, Psyllium, Restrical, Sorbitol, Spagulax, Transilane, Transipeg, Transipeglib, Transulose

• **Troubles digestifs > ballonnements**: Acticarbine, Arkogélules charbon végétal, Bolinan, Carbactive, Carbolevure, Carbosylane, Carbosymag, Charbon de Belloc, Dolospasmyl, Formocarbine, Météospasmyl, Météoxane, Pepsane, **Phloroglucinol**, Polysilane, Rennie déflatine, Siligaz, Spasfon lycoc, Spasfon, Spasmocalm

• **Troubles digestifs > troubles dyspeptiques (digestion difficile)**: Acticarbine, Arginine, Arkogélules artichaut, Arkogélules fumeterre, Bi citrol, Canol, Carbolevure, Carominthe, Chophytol 20 pour cent, **Citrate de bétaine**, Composé Boiron chelidonium, Composé Boiron nux vomica, Digidryl, Elusanes artichaut, Elusanes boldo, Elusanes fumeterre, Formocarbine, Gastrocynésine, Homéodigéo, Homéorégul, Lehning L114, Oddibil, Oxyboldine, Pancrelase, Solution stago diluée, Sorbitol, Vibtil

• **Troubles digestifs > brûlure estomac: Alginate de sodium / bicarbonate de sodium**, Carbosymag, Gastropax, Gastropulgit, Gaviscon, Gavisconell, Gavisconpro, Gelox, Inipepsia, Ipraalox, Maalox, Marga, Mopralpro, Moxydar, Neutroses, **Oméprazole**, Pantoloc control, **Pantoprazole**, Phosphalugel, Rennie, Rennieliqo, Xolaam

• **Panier petite enfance**: Serum physiologique quelle que soit la marque, Mouche bébé quelle que soit la marque, Erythème

fessier du nourrisson (ABCderm, babygella, éosine, Primalba, Weleda calendula)

• **Test grossesse**: Actavis test, Alvita test de grossesse, Ageti test de grossesse, Arrow test, Clearblue grossesse, Elle test, Exacto test, G test, My test grossesse, PharMEA test de grossesse, Polidis test grossesse, Predictor test, Surestest

• **Test ovulation**: Alvita test d'ovulation, Clearblue ovulation, Easy test, Exacto ovulation, My test ovulation, PharMEA test ovulation, Polidis test ovulation

• **Dépistage infection urinaire**: Uritest

• **Autotensionmètre au poignet ou bras**: Cooper, Hartmann, Magnien, Marque verte, Nais, Omron, Orgalys, PharMEA, Tensoval, Thuasme

3 - En cas d'hospitalisation du membre participant ou de son ayant droit bénéficiaire, la MGC prend en charge, le cas échéant, les frais de location d'un téléviseur pour une durée maximale de 30 jours. Cette garantie est accessible dès lors qu'il y a hospitalisation, sans limitations quant au nombre d'hospitalisations dans l'année. Si l'établissement hospitalier facture un forfait « chambre particulière incluant la télévision », la MGC prendra en charge, en supplément, les frais de location de télévision au tarif de 4,10€ dans la mesure où l'établissement hospitalier est dans l'incapacité d'établir une facture détaillée. Cette prise en charge est limitée à 30 jours maximum par hospitalisation. Dans le cas où l'établissement fournit une facture détaillée, les frais de location de la télévision seront pris en charge, en supplément, à hauteur de la dépense réelle dans la limite de 30 jours par hospitalisation.

4 - 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.

5 - 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 1er décembre 2015.

Quelques exemples de remboursement

Bien comprendre le tableau des garanties est essentiel. Pour vous aider, vous disposez ici de plusieurs exemples de remboursement, en vigueur au 01/01/2020.

Dans le cas d'un remboursement exprimé en %, gardez toujours en tête que le remboursement ne se calcule pas selon le prix pratiqué par le professionnel de santé, mais selon un tarif donné par la l'Assurance Maladie Obligatoire (Sécu.) : la base de remboursement (BR). Les % indiqués sur le tableau de garanties correspondent au remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et de la MGC. Les remboursements MGC se limitent à la dépense engagée. Par exemple, si le coût d'une chambre particulière est de 60 €, le remboursement 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 MGC dans le respect du parcours de soins. Ils sont calculés en fonction des tarifs de l'AMO en vigueur au 01/01/2020.

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.

	ECO	ÉQUILIBRÉS		RENFORCÉS			
		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
SOINS COURANTS							
CONSULTATION D'UN MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE SANS DÉPASSEMENT D'HONORAIRES							
DÉPENSE (TARIF CONVENTIONNEL)	25,00 €	25,00 €	25,00 €	25,00 €	25,00 €	25,00 €	25,00 €
Remboursement AMO (Régime général)	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
Remboursement MGC	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
Reste à charge (RAC)	1,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €
<i>Précisions : Le RAC comprend la participation forfaitaire de 1€ laissée à votre charge par l'AMO.</i>							
CONSULTATION D'UN MÉDECIN SPÉCIALISTE EN GYNÉCOLOGIE SANS DÉPASSEMENT D'HONORAIRES							
DÉPENSE (TARIF CONVENTIONNEL)	30,00 €	30,00 €	30,00 €	30,00 €	30,00 €	30,00 €	30,00 €
Remboursement AMO (Régime général)	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €
Remboursement MGC	9,00 €	9,00 €	9,00 €	9,00 €	9,00 €	9,00 €	9,00 €
Reste à charge (RAC)	1,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €
<i>Précisions : Le RAC comprend la participation forfaitaire de 1€ laissée à votre charge par l'AMO.</i>							
CONSULTATION D'UN MÉDECIN SPÉCIALISTE EN GYNÉCOLOGIE AVEC DÉPASSEMENT D'HONORAIRES MAÎTRISÉS (ADHÉRENT À UN DPTAM : L'OPTAM OU L'OPTAM-CO)							
DÉPENSE (PRIX MOYEN NATIONAL DE L'ACTE)	44,00 €	44,00 €	44,00 €	44,00 €	44,00 €	44,00 €	44,00 €
Remboursement AMO (Régime général)	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €
Remboursement MGC	23,00 €	23,00 €	23,00 €	23,00 €	23,00 €	23,00 €	23,00 €
Reste à charge (RAC)	1,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €
<i>Précisions : Le RAC comprend la participation forfaitaire de 1€ laissée à votre charge par l'AMO.</i>							
CONSULTATION D'UN MÉDECIN SPÉCIALISTE EN GYNÉCOLOGIE AVEC DÉPASSEMENT D'HONORAIRES LIBRES (NON ADHÉRENT À UN DPTAM : L'OPTAM OU L'OPTAM-CO)							
DÉPENSE (PRIX MOYEN NATIONAL DE L'ACTE)	56,00 €	56,00 €	56,00 €	56,00 €	56,00 €	56,00 €	56,00 €
Remboursement AMO (Régime général)	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
Remboursement MGC	24,15 €	29,90 €	29,90 €	29,90 €	29,90 €	29,90 €	29,90 €
Reste à charge (RAC)	16,75 €	11,00 €	11,00 €	11,00 €	11,00 €	11,00 €	11,00 €
<i>Précisions : Le RAC comprend la participation forfaitaire de 1€ laissée à votre charge par l'AMO.</i>							
TROIS BOITES 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)	6,42 €	6,42 €	6,42 €	6,42 €	6,42 €	6,42 €	6,42 €
Remboursement MGC	44,88 €	44,88 €	44,88 €	44,88 €	44,88 €	44,88 €	44,88 €
Reste à charge (RAC)	1,50 €	1,50 €	1,50 €	1,50 €	1,50 €	1,50 €	1,50 €
<i>Le RAC comprend la franchise médicale de 0,50€ par boîte de médicament laissée à votre charge par l'AMO.</i>							

	ECO	ÉQUILIBRÉS		RENFORCÉS			
		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
HOSPITALISATION							
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER EN COURT SÉJOUR							
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 €
HONORAIRES DU CHIRURGIEN AVEC DÉPASSEMENT D'HONORAIRES MAÎTRISÉS (ADHÉRENT À UN DPTAM : L'OPTAM OU L'OPTAM-CO) POUR UNE OPÉRATION CHIRURGICALE DE LA CATARACTE							
DÉPENSE (PRIX MOYEN NATIONAL DE L'ACTE)	355,00 €	355,00 €	355,00 €	355,00 €	355,00 €	355,00 €	355,00 €
Remboursement AMO (Régime général)	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
Remboursement MGC	107,30 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €
Reste à charge (RAC)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
<i>Le remboursement MGC comprend la participation forfaitaire de 24 € sur les actes lourds laissée à votre charge par l'AMO.</i>							
HONORAIRES DU CHIRURGIEN AVEC DÉPASSEMENT D'HONORAIRES LIBRES (NON ADHÉRENT À UN DPTAM : L'OPTAM OU L'OPTAM-CO) POUR UNE OPÉRATION CHIRURGICALE DE LA CATARACTE							
DÉPENSE (PRIX MOYEN NATIONAL DE L'ACTE)	431,00 €	431,00 €	431,00 €	431,00 €	431,00 €	431,00 €	431,00 €
Remboursement AMO (Régime général)	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €	247,70 €
Remboursement MGC	183,30 €	183,30 €	183,30 €	183,30 €	183,30 €	183,30 €	183,30 €
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>							
CHAMBRE PARTICULIÈRE EN CHIRURGIE POUR 1 NUIT							
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 un délai d'attente mentionné dans le tableau des garanties. Ce délai est supprimé si l'Adhérent est couvert par des garanties équivalentes à la date d'adhésion.</i>							
OPTIQUE							
EQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE A (MONTURE + VERRES) DE VERRES UNIFOCaux (ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ)							
DÉPENSE (PRIX LIMITE DE VENTE)	95,00 €	95,00 €	95,00 €	95,00 €	95,00 €	95,00 €	95,00 €
Remboursement AMO (Régime général)	17,10 €	17,10 €	17,10 €	17,10 €	17,10 €	17,10 €	17,10 €
Remboursement MGC	77,90 €	77,90 €	77,90 €	77,90 €	77,90 €	77,90 €	77,90 €
Reste à charge (RAC)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
EQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE B (MONTURE + VERRES) DE VERRES UNIFOCaux							
DÉPENSE (PRIX MOYEN NATIONAL DE L'ACTE)	345,00 €	345,00 €	345,00 €	345,00 €	345,00 €	345,00 €	345,00 €
Remboursement AMO (Régime général)	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
Remboursement MGC	219,91 €	259,91 €	279,91 €	335,91 €	335,91 €	335,91 €	335,91 €
Reste à charge (RAC)	125,00 €	85,00 €	65,00 €	9,00 €	9,00 €	9,00 €	9,00 €
<i>Précisions : La prise en charge des équipements optiques est soumise à des planchers et des plafonds notamment un plafond de 100 € au niveau de la monture.</i>							
EQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE A DE VERRES MULTIFOCaux COMPLEXES DE LA GAMME OFFRECLAIR PROPOSÉE PAR TOUS LES OPTICIENS DU RÉSEAU SANTÉCLAIR ACCESSIBLES AUX ADHÉRENTS DES MUTUELLES AFFILIÉES À SANTÉCLAIR (MONTURE ORIGINE FRANCE GARANTIE (CHOIX DE 81 MONTURES) + VERRES AMINCIS, ANTI-REFLETS ET ANTI-RAYURES ESSLOR, NIKON, OPTIWISS ET ZEISS)							
DÉPENSE (PRIX LIMITE DE VENTE)	180,00 €	180,00 €	180,00 €	180,00 €	180,00 €	180,00 €	180,00 €
Remboursement AMO (Régime général)	32,40 €	32,40 €	32,40 €	32,40 €	32,40 €	32,40 €	32,40 €
Remboursement MGC	147,60 €	147,60 €	147,60 €	147,60 €	147,60 €	147,60 €	147,60 €
Reste à charge (RAC)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

	ECO	ÉQUILIBRÉS		RENFORCÉS			
		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
EQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE B DE VERRES MULTIFOCAUX COMPLEXES PAR UN OPTICIEN DU RÉSEAU SANTÉCLAIR APPLIQUANT DES TARIFS NÉGOCIÉS AUX ADHÉRENTS DES MUTUELLES AFFILIÉES À SANTÉCLAIR (MONTURE LIBRE DE CHOIX BÉNÉFICIAIRE D'UNE REMISE DE 15% (120 € APRÈS REMISE) + VERRES DE MARQUE ESSILOR, NIKON, OPTIWISS ET ZEISS À 124 € LE VERRE)							
DÉPENSE (PRIX NÉGOCIÉ DANS LE RÉSEAU SANTÉCLAIR)	368,00 €	368,00 €	368,00 €	368,00 €	368,00 €	368,00 €	368,00 €
Remboursement AMO (Régime général)	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
Remboursement MGC	327,91 €	347,91 €	347,91 €	347,91 €	347,91 €	347,91 €	347,91 €
Reste à charge (RAC)	40,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €
LENTILLES NON PRISES EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE VENDUES SUR LENTILLESMOINSCHERES.COM AVEC UN CODE AVANTAGE MGC (FRAIS DE TRANSPORT OFFERTS, TRAITEMENT PRIORITAIRE) LE REMBOURSEMENT DE LA MGC EST UN FORFAIT ANNUEL.							
DÉPENSE	75,00 €	75,00 €	75,00 €	75,00 €	75,00 €	75,00 €	75,00 €
Remboursement AMO (Régime général)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Remboursement MGC	75,00 €	75,00 €	75,00 €	75,00 €	75,00 €	75,00 €	75,00 €
Reste à charge (RAC)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
DENTAIRE							
DÉTARTRAGE							
DÉPENSE (TARIF CONVENTIONNEL)	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €	28,92 €
Remboursement AMO (Régime général)	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €	20,24 €
Remboursement MGC	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €
Reste à charge (RAC)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR INCISIVES, CANINES ET PREMIÈRES PRÉMOLAIRES (PROTHÈSE 100% SANTÉ)							
DÉPENSE (HONORAIRE LIMITE DE FACTURATION)	500,00 €	500,00 €	500,00 €	500,00 €	500,00 €	500,00 €	500,00 €
Remboursement AMO (Régime général)	84,00 €	84,00 €	84,00 €	84,00 €	84,00 €	84,00 €	84,00 €
Remboursement MGC	416,00 €	416,00 €	416,00 €	416,00 €	416,00 €	416,00 €	416,00 €
Reste à charge (RAC)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR DEUXIÈMES PRÉMOLAIRES							
DÉPENSE (PRIX MOYEN NATIONAL DE L'ACTE)	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
Remboursement AMO (Régime général)	84,00 €	84,00 €	84,00 €	84,00 €	84,00 €	84,00 €	84,00 €
Remboursement MGC	216,00 €	276,00 €	454,70 €	454,70 €	454,70 €	454,70 €	454,70 €
Reste à charge (RAC)	238,70 €	178,70 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
<i>Précisions : Les prothèses dentaires sont soumises à un plafond de remboursement mentionné dans le tableau des garanties.</i>							
COURONNE CÉRAMO-MÉTALLIQUE SUR MOLAIRES							
DÉPENSE (PRIX MOYEN NATIONAL DE L'ACTE)	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €	538,70 €
Remboursement AMO (Régime général)	84,00 €	84,00 €	84,00 €	84,00 €	84,00 €	84,00 €	84,00 €
Remboursement MGC	126,00 €	156,00 €	336,00 €	454,70 €	454,70 €	454,70 €	454,70 €
Reste à charge (RAC)	328,70 €	298,70 €	118,70 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
<i>Précisions : Les prothèses dentaires sont soumises à un plafond de remboursement mentionné dans le tableau des garanties.</i>							
ORTHODONTIE ENFANT SUR 12 MOIS PAR UN CHIRURGIEN-DENTISTE DU RÉSEAU SANTÉCLAIR APPLIQUANT DES TARIFS NÉGOCIÉS AUX ADHÉRENTS DES MUTUELLES AFFILIÉES À SANTÉCLAIR							
DÉPENSE (PRIX NÉGOCIÉ DANS LE RÉSEAU SANTÉCLAIR)	1 180,00 €	1 180,00 €	1 180,00 €	1 180,00 €	1 180,00 €	1 180,00 €	1 180,00 €
Remboursement AMO (Régime général)	387,00 €	387,00 €	387,00 €	387,00 €	387,00 €	387,00 €	387,00 €
Remboursement MGC	580,50 €	774,00 €	793,00 €	793,00 €	793,00 €	793,00 €	793,00 €
Reste à charge (RAC)	212,50 €	19,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

	ECO	ÉQUILIBRÉS		RENFORCÉS			
		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
IMPLANT DENTAIRE NON PRIS EN CHARGE PAR L'AMO À 1100 € ET COURONNE SUR IMPLANT PRISE EN CHARGE PAR L'AMO À 540 € (PROTHÈSE CÉRAMO-MÉTALLIQUE 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)	1 640,00 €	1 640,00 €	1 640,00 €	1 640,00 €	1 640,00 €	1 640,00 €	1 640,00 €
Remboursement AMO (Régime général)	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €
Remboursement MGC	693,50 €	747,25 €	908,50 €	935,38 €	1 062,25 €	1 062,25 €	1 162,25 €
Reste à charge (RAC)	871,25 €	817,50 €	656,25 €	629,38 €	502,50 €	502,50 €	402,50 €

AIDES AUDITIVES							
AIDE AUDITIVE PAR OREILLE							
DÉPENSE (PRIX MOYEN NATIONAL DE L'ACTE)	1 476,00 €	1 476,00 €	1 476,00 €	1 476,00 €	1 476,00 €	1 476,00 €	1 476,00 €
Remboursement AMO (Régime général)	210,00 €	210,00 €	210,00 €	210,00 €	210,00 €	210,00 €	210,00 €
Remboursement MGC	240,00 €	390,00 €	790,00 €	990,00 €	1 190,00 €	1 190,00 €	1 190,00 €
Reste à charge (RAC)	1 026,00 €	876,00 €	476,00 €	276,00 €	76,00 €	76,00 €	76,00 €

PRÉVENTION ET MÉDECINES ALTERNATIVES							
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	0,00 €	75,00 €	120,00 €	160,00 €	200,00 €	200,00 €	200,00 €
Reste à charge (RAC)	200,00 €	125,00 €	80,00 €	40,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
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 (RAC)	55,00 €	55,00 €	55,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €



100% QU'EST-CE ÇA VEUT DIRE ?

Il s'agit de 100% du tarif défini par la Sécu. (Assurance Maladie Obligatoire) pour chaque type de soins, médicaments ou équipements.
Ce tarif, souvent dénommé Base de Remboursement (BR), est utilisé par la Sécu. et par la mutuelle MGC pour calculer vos remboursements.
Le sigle « 100 % » du tableau des garanties signifie que le remboursement total (la part Sécu. et la part MGC) correspond à 100% du tarif défini par la Sécu. (BR).



100% NE SIGNIFIE PAS QUE LA 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 la Sécu. On parle alors de dépassement. Ce dernier n'est pas pris en charge par la Sécu. Il peut l'être par la mutuelle MGC si la garantie le prévoit.

QUELLE PRISE EN CHARGE DES DÉPASSEMENTS ?

Par exemple, un ophtalmologue vous facture 50 € alors que la Base de Remboursement de la Sécu. (BR) est fixée à 30 €. La différence de 20 € est le dépassement d'honoraires.
La garantie Niveau 2, par exemple, prévoit un remboursement allant jusqu'à 300% de la BR (y compris la part de la Sécu.), soit jusqu'à 90 € pour une BR fixée à 30 € ($300\% \times 30 \text{ €} = 90 \text{ €}$ moins la participation forfaitaire de 1 € = 89 €). Le montant du remboursement ne pouvant pas excéder la dépense engagée (50 € dans cet exemple), il est donc ramené à 49 € car il y a toujours la participation forfaitaire de 1 € laissée à votre charge.
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 Niveau 2, il sera de 200% au lieu de 300%.

Dépense réelle : 50€	Dépassement : 20€	
	Remboursement MGC	100% de la base de remboursement (BR) : 30€
	% BR remboursé par AMO	

La MGC peut verser un forfait complémentaire pour couvrir le dépassement en partie ou intégralement : il est exprimé en euros ou en % de la BR dans le tableau des garanties MGC.

Les garanties MGC SANTE ENTREPRISE - Offre SYNTEC respectent les obligations du contrat complémentaire santé « responsable » prévues par les pouvoirs publics. A ce titre :

- > la MGC **ne rembourse pas** :
 - les franchises médicales,
 - la participation forfaitaire de 1€ sur les consultations,
 - les pénalités appliquées par la Sécu. en dehors 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» ou du panier « honoraires maîtrisés »
- > la MGC **minore 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 la Sécu. visant à limiter les dépassements d'honoraires).



LES LUNETTES ET PROTHÈSES DENTAIRES REMBOURSÉES INTÉGRALEMENT À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2020



Les garanties proposées par la mutuelle MGC permettent de bénéficier de la réforme « 100 % santé ».

C'est la possibilité d'être remboursé intégralement, sans reste à charge, sur une sélection de lunettes et de prothèses dentaires appartenant à un panier de soins réglementairement défini : « le panier 100 % santé ».

Ces lunettes et prothèses dentaires sont proposées par tous les opticiens et chirurgiens-dentistes conventionnés à compter du 1^{er} janvier 2020. Il suffit d'être couvert par une complémentaire santé dite « responsable » pour en bénéficier (c'est le cas de la gamme MGC SANTE ENTREPRISE - Offre SYNTEC).

Les lunettes et prothèses dentaires concernées ont été sélectionnées par l'Assurance Maladie Obligatoire, les complémentaires santé et les professionnels de santé et répondent à des critères qualitatifs.

A partir de 2021, une sélection d'aides auditives entreront également dans le panier 100 % santé.

En savoir plus sur la réforme « 100 % santé » : mutuellemgc.fr/comprendre-la-reforme-du-100-sante



LUNETTES, PROTHÈSES DENTAIRES, AIDES AUDITIVES MOINS CHÈRES AVEC SANTÉCLAIR



La mutuelle MGC n'a pas attendu la réforme « 100 % santé » pour offrir à ses adhérents le moyen de réduire leurs dépenses de santé.

Par l'intermédiaire des services Santéclair, la MGC donne accès à des opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes recommandés vous proposant un service de qualité à des tarifs privilégiés.

Des tarifs négociés pour payer moins cher les lunettes et aides auditives, mais aussi les couronnes, prothèses et implants dentaires.

- > Avec Santéclair, vos salariés auront accès à des équipements et soins de qualité et ils bénéficieront du tiers payant sur la part de la mutuelle MGC.
- > Grâce aux partenaires recommandés Santéclair, ils bénéficieront de nombreux avantages comme par exemple en optique, l'accès à des verres hautement performants de grandes marques à tarifs privilégiés : Essilor, Nikon, Optiswiss ou Zeiss

* Par rapport au prix moyens du marché. Comparaison entre les tarifs négociés chez les professionnels de la santé partenaires Santéclair et les tarifs pratiqués par les professionnels de la santé non partenaires Santéclair en 2019.



OFFRECLAIR, L'OFFRE OPTIQUE « 100% SANTÉ » CERTIFIÉE PAR SANTÉCLAIR

Avec Offreclair, la solution tout compris « 100 % santé », vos salariés bénéficieront de lunettes de qualité sans aucun reste à charge. Cette offre est disponible auprès des 3 350 opticiens du réseau Santéclair.

- > Verres de marques, Essilor, Nikon, Optiswiss et Zeiss avec la remise d'un certificat d'authenticité
- > Un large choix pour vos montures parmi une collection exclusive de 80 montures design d'Origine France Garantie et éco-responsables.



DES SERVICES QUI SIMPLIFIENT LA VIE

Pour vos salariés :

Espace adhérent en ligne

Leur contrat en temps réel 7/7 et 24/24 : modifier les informations personnelles, consulter les remboursements, accéder à de nombreux services pratiques en ligne...

Analyse des devis santé

Analyse des devis avant d'engager des dépenses importantes : en optique, dentaire, intervention chirurgicale

Téléconsultation médicale

5 téléconsultations par an et par adhérent via la plateforme Mesdocteurs 7/7 et 24/24

Guide interactif de l'automédication

Des conseils pour traiter soi-même en toute sécurité et sans perte de temps, les petits maux de la vie courante : des informations sur les symptômes, liste et les prix de vente habituels des médicaments conseillés...

MGC-Assistance 7/7 24/24

Assistance à domicile en cas d'hospitalisation ou en cas d'immobilisation (sous conditions) : garde des enfants, aide-ménagère, service d'information juridique...

Club avantages

Des milliers d'offres à tarifs réduits : salles de cinéma, parcs de loisirs, activités sportives et bien-être, voyages, grande distribution

Pour votre entreprise :

Une relation privilégiée

Un conseiller dédié pour faciliter le suivi de votre dossier.

Un centre unique de gestion

Un service spécialisé dans le traitement des contrats collectifs.

Un extranet sécurisé

Un espace spécialement développé à votre attention pour accéder à vos dossiers 7j/7, 24h/24 en toute confidentialité.

UNE GESTION EFFICACE AU QUOTIDIEN

Depuis 2015, la MGC est certifiée ISO 9001 pour la gestion de sa relation adhérent.

Pas étonnant que **91% des adhérents déclarent être prêts à recommander la MGC*** !

*Enquête réalisée par l'institut INIT en novembre 2018

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit assuré par : Mutuelle Générale des Cheminots (MGC), Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 775 678 550.

Produit :

MGS 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.

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 la Sécurité sociale française (AMO). Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables 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 et prescriptions médicales** : consultations, visites de médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie, transports sanitaires, prothèses et orthèses
- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et/ou verres), lentilles de contact, chirurgie réfractive
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie, implantologie
- ✓ **Aides auditives**
- ✓ **Prévention** : actes de prévention pris en charge par l'AMO

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 alternatives** : automédication, médecines alternatives, contraception, vaccination, sevrage tabagique, diététicien, ostéodensitométrie
- 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
- ✓ Téléconsultation médicale 7/7 24/24
- ✓ Action sociale

L'assistance systématiquement prévue

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation
- ✓ Garde des enfants, de l'aide en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation
- ✓ Soutien scolaire
- ✓ Venue ou transfert d'un proche en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ 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 les personnes dépendantes (EHPAD)
- ✗ Les soins résultant directement ou indirectement d'un fait intentionnel du bénéficiaire des garanties



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

Principales exclusions

- ! La participation forfaitaire de 1€ 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.

Exclusions

- ! **Cure Thermale** (frais médicaux, frais de transport et d'hébergement, frais de la personne accompagnante)

Principales restrictions

- ! **Prothèses auditives** : prise en charge limitée entre 450 € et 1 400 € par oreille et à 2 prothèses par an
- ! **Dentaire** : prise en charge limitée à 3 ou 4 prothèses dentaires par an
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Médecines alternatives** : prise en charge limitée entre 25 € et 60 € par séance et entre 3 et 5 séances par an et par bénéficiaire (si prévues à la garantie)



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

À la souscription du contrat :

- M'engager à 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 du personnel appartenant à la catégorie professionnelle assurée, mentionnant, le cas échéant, les salariés qui ont renoncé au bénéfice du régime lorsque celui-ci le prévoit expressément ;
- 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 ;
- 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 Normative, 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 aux conditions générales.

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 et se renouvelle chaque année par tacite reconduction sauf dénonciation du contrat par le souscripteur dans les conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Je peux mettre fin au contrat en envoyant au siège de la Mutuelle une lettre recommandée :

- 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 1^{er} janvier de l'année suivante
- En cas de désaccord avec les modifications apportées par la Mutuelle aux cotisations et/ou aux garanties à effet du 1^{er} janvier de l'année suivante, au plus tard le 30 novembre de l'année en cours ou dans un délai d'un mois à compter de la notification par la Mutuelle de ces modifications, pour une prise d'effet de la résiliation au 1^{er} janvier de l'année suivante.

CONTRAT COLLECTIF COMPLÉMENTAIRE SANTÉ À ADHÉSION OBLIGATOIRE AVEC OPTIONS FACULTATIVES

CONTRAT COLLECTIF COMPLÉMENTAIRE « FRAIS DE SANTÉ »
À ADHÉSION OBLIGATOIRE AVEC OPTIONS FACULTATIVES

MGC Santé Entreprise – Offre SYNTEC
Conditions Générales applicables au 01/01/2020

CONTRAT COLLECTIF COMPLÉMENTAIRE « FRAIS DE SANTÉ » À ADHÉSION OBLIGATOIRE AVEC OPTIONS FACULTATIVES

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	20
DÉFINITIONS PRÉALABLES	20
CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	21
ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT	21
ARTICLE 2 – DATE D'EFFET, RENOUVELLEMENT, MODIFICATION, RÉSILIATION ET NULLITÉ DU CONTRAT	22
ARTICLE 3 – BÉNÉFICIAIRES	23
ARTICLE 4 – DATE D'EFFET DES GARANTIES	24
ARTICLE 5 – SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	24
ARTICLE 6 – CESSATION DES GARANTIES	25
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 »	25
ARTICLE 8 – MAINTIEN DES GARANTIES DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI « ÉVIN » N°89-1009 DU 31 DÉCEMBRE 1989	25
ARTICLE 9 – COTISATIONS	26
ARTICLE 10 – PRESCRIPTION DES ACTIONS	27
ARTICLE 11 – GARANTIES OPTIONNELLES	27
CHAPITRE II – DÉFINITION DES PRESTATIONS	28
ARTICLE 12 – PRESTATIONS REMBOURSÉES	30
ARTICLE 13 – LIMITES DES GARANTIES ET EXCLUSIONS	30
ARTICLE 14 – PLAFOND DES REMBOURSEMENTS	30
ARTICLE 15 – DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINES GARANTIES	31
CHAPITRE III – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	32
ARTICLE 16 – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS	32
ARTICLE 17 – PAIEMENT DES PRESTATIONS	32
ARTICLE 18 – TIERS PAYANT	32
ARTICLE 19 – PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE	32
ARTICLE 20 – PRESTATIONS INDUES	33
ARTICLE 21 – RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES	33
CHAPITRE IV – OBLIGATIONS RÉCIPROQUES DES PARTIES	33
ARTICLE 22 – OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE	33
ARTICLE 23 – OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR	33
ARTICLE 24 – FONDS DE SOLIDARITÉ OLIVIER	34
ARTICLE 25 – DISPOSITIONS DIVERSES	34

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, cabinets d'ingénieurs-conseils, 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 prévoit un régime de base conventionnel et deux niveaux de régime optionnel. La mise en place du niveau 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 bénéficiaires 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 maximum 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.

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.

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

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

Ayant droit bénéficiaire : 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 bénéficiaires, 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.

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.

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 laissées à la charge du bénéficiaire par l'Assurance Maladie Obligatoire 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 et les sages-femmes) 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...).

Liste des produits et prestations (LPP) : liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire 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 parents 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 soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité.

Nomenclature : documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO) : 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.

La prise en charge des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée se fait dans la double limite de :

- 100 % du tarif de responsabilité applicable au médecin n'ayant pas adhéré à l'un de ces dispositifs ;
- du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs, minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité applicable au médecin n'ayant pas adhéré à un de ces dispositifs.

Parcours de soins coordonnés : condition d'un meilleur remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire consistant notamment à recueillir l'orientation du médecin traitant avant de consulter un autre médecin.

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 bénéficiaires, 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 bénéficiaires. 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 et les lunettes retenues dans les paniers « à prise en charge renforcée » auront, à compter respectivement de 2019 et 2020, des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que

les Adhérents et leurs Ayants droit bénéficiaires puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

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

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 de l'article L.221-2 du code de la mutualité, 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 applicable aux entreprises relevant de la Convention collective nationale des bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs-conseils, sociétés de conseil du 15 décembre 1987, le Souscripteur souscrit deux formules de garanties optionnelles à adhésion facultative.

Les garanties souscrites permettent au Membre participant et à ses Ayants droit bénéficiaires 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 bénéficiaires ;
 - 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.

Il prend effet à la date indiquée au certificat de souscription 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 2.4 des conditions générales.

ARTICLE 2.3 – Modification du contrat

Conformément à l'article L.221-5 du code de la mutualité, toute modification du contrat fera l'objet d'un avenant écrit et signé par les deux parties.

Par exception, conformément à l'article L.221-5, III du code de la mutualité, toute modification visant à la mise en conformité du contrat avec la réglementation du contrat « responsable » est réputée acceptée à défaut d'opposition du Souscripteur. La Mutuelle informe par écrit le Souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix en application du même article. Le Souscripteur dispose d'un délai de 30 jours pour refuser par écrit cette proposition. 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 nullité du contrat

Le présent contrat peut être résilié dans les cas suivants :

A • DATE D'ÉCHÉANCE

Conformément à l'article L.221-10 du code de la mutualité, le Souscripteur peut résilier le contrat, chaque année, en envoyant à la Mutuelle une lettre recommandée, ou un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, 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.

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 2 mois avant la date d'échéance du contrat 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.

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, tant par le Souscripteur que 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.

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

L'Affiliation du Salarié entraîne l'Affiliation de ses Ayants droit 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 Salarié :

- le conjoint du Salarié, marié et non séparé de corps judiciairement ;
- à défaut, le partenaire lié par un pacte 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 soient tous les deux libres de tout engagement, que le concubinage ait été établi de façon notoire et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même.

Sont considérés comme Enfants à charge du Salarié, 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 au Pôle Emploi ;

- 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 Salarié est accompagné des pièces justificatives suivantes :

- une copie d'une pièce justificative d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport) ;
- une attestation de droit justifiant de l'affiliation du Salarié à l'Assurance Maladie Obligatoire,
- un relevé d'identité bancaire au format IBAN pour le versement des prestations.

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

- une attestation de droits 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 lié au Salarié par un 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, titulaire 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 au Pôle Emploi : 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 au Pôle Emploi 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 ou un certificat d'apprentissage ou une copie du contrat de formation en alternance 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 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.

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

- chaque 1^{er} janvier sous réserve d'en faire la demande avant le 30 octobre de l'année précédente ;
- à l'occasion d'une naissance ;
- en cas de changement de situation familiale.

En cas d'Affiliation d'un Ayant droit bénéficiaire du Salarié postérieurement à sa propre Affiliation, la date d'effet de son Affiliation intervient au 1^{er} jour du mois de réception de la demande, 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 bénéficiaires, 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 bénéficiaires cesse en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- en cas de décès de l'Ayant droit bénéficiaire, 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 bénéficiaire au regard de la définition prévue au présent article, la radiation prend alors effet au jour où l'Ayant droit bénéficiaire 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, son 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 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 bénéficiaires 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 bénéficiaire.

ARTICLE 4 – 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, le cas échéant, de ses ayants droit, 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 Salarié 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.

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 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,
- 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 (article L.3142-91 et suivants du Code du travail) ;
- congé parental d'éducation (article L.1225-47 et suivants du Code du travail) ;
- congé pour création d'entreprise (article 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. À 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 bénéficiaires. 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, tout mois d'Affiliation entamé entraîne le versement de la cotisation afférente. Toutefois, dans le cas du décès du Salarié ou d'un de ses Ayants droit bénéficiaires, la Mutuelle restitue la part de cotisation correspondant à la période postérieure à la date du décès.

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 et, le cas échéant, de ses Ayants droit bénéficiaires, 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 questionnaire 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 la 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 :

- «adulte / enfant», la cotisation «adulte» couvrant le Salarié ou son conjoint et la cotisation «enfant» couvrant un enfant à charge ;
- «isolé / famille», la cotisation «isolé» couvrant le Salarié et la cotisation «famille» couvrant le Salarié et, le cas échéant, son conjoint ainsi que leurs éventuels enfants à charge.

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

Conformément aux dispositions de l'accord du 7 octobre 2015, le Salarié doit affilier tous ses enfants à charge 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 montant et la composition des frais de gestion affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes afférentes.

Le rapport entre le montant des prestations versées et le montant des cotisations ainsi que le taux des frais de gestion est communiqué 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.

La Mutuelle peut procéder à la résiliation du présent contrat dans les 40 jours qui suivent l'envoi de la lettre de mise en demeure restée sans effet. La résiliation du présent contrat entraîne la résiliation des garanties dont les Membres participants bénéficiaient au titre du contrat.

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.

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

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 du plafond mensuel de la Sécurité sociale 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 résiliation 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 règlement de l'indemnité.

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 11.3).

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 bénéficiaires, adhérer, à titre facultatif, par la signature d'un bulletin d'Adhésion, à une formule de garanties optionnelles 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.

Les garanties prennent effet à partir de la date de prise d'effet de l'Adhésion du Bénéficiaire.

L'Adhésion prend effet à la date indiquée au certificat de souscription et vient à échéance le 31 décembre.

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.

ARTICLE 11.2 – Cessation des garanties

Le Membre participant peut résilier sa garantie facultative en adressant une lettre simple à la Mutuelle par le biais du Souscripteur.

La demande sera prise en compte à partir du 1^{er} jour du mois suivant l'expiration d'un préavis de deux mois courant à compter de la date de la demande.

En cas de modification des droits et obligations des Membres participants au titre de la garantie optionnelle, ces derniers peuvent mettre fin à leur adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise, par le Souscripteur, de la notice d'information comportant les modifications.

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 recommandée, ou envoi recommandé électronique, avec accusé de réception au siège de la Mutuelle. 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.

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 accusé 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, adresse 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 11.3 – 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 définis aux articles R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale, modifiés par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. 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 à l'article R.160-5 du code de la Sécurité sociale 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 plus de 6 ans et moins de 16 ans. Pour les enfants jusqu'à 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 équipement ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire. Par exception, en cas d'évolution de la vue et dans les conditions réglementairement définies il peut être dérogé à ces délais.

- 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 bénéficiaires 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 le cas échéant et un forfait, dont le montant figure au tableau des garanties et varie en fonction 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 à l'article R.871-2 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 par l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale 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 (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-CO) 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. à partir du 1^{er} janvier 2021, 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.

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 Obligatoire.

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 ce dernier mais expressément mentionnés au présent contrat.

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la BR 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 et le tableau des garanties, 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 ;

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, convalescence, 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 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 l'article L.861-3 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 et les consultations et actes externes des établissements de santé conventionnés ou non, dans les conditions suivantes :

- **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 ;
- **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, convalescence), sous réserve que cette dernière soit prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- **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, à l'exception des frais de location d'un téléviseur, sont prises en charge sans limitation de durée en médecine, chirurgie, psychiatrie, convalescence et obstétrique ;
- **Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation** : la Mutuelle verse, lors d'une hospitalisation pour l'accompagnement d'un Ayant droit bénéficiaire âgé de moins de 16 ans, une allocation journalière dont le montant figure au tableau des garanties dans la limite des dépenses facturées par l'établissement hospitalier. La personne hospitalisée doit être Bénéficiaire de la garantie.

ARTICLE 15.2 – OPTIQUE

A • 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 de la formule de garantie souscrite.

B • CHIRURGIE RÉFRACTIVE

Selon la garantie choisie, l'intervention chirurgicale réfractive est prise en charge par la Mutuelle, dans la limite d'un forfait annuel dont le montant est fixé au tableau des garanties, exprimé par œil et par Bénéficiaire.

C • OFFRECLAIR

Lorsque l'achat a lieu chez un opticien partenaire Santéclair, le Membre participant, ainsi que ses Ayants droit bénéficiaires, 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.

ARTICLE 15.3 – PRÉVENTION

Par exception, 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 non prises en charge par l'AMO 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 limite d'un forfait annuel dont le montant est fixé au tableau des garanties.

Sont également pris en charge les traitements préventifs pris en charge au titre du contrat responsable.

ARTICLE 15.4 – Naissance et adoption

Sous réserve que la formule de garantie le prévoit et dans le respect des dispositions du contrat « responsable », les frais médicaux liés à l'accouchement ainsi que ceux liés à une adoption, sont remboursés par la Mutuelle sous déduction des remboursements éventuels de l'Assurance Maladie Obligatoire dans la limite du plafond fixé au tableau des garanties. La prestation est conditionnée à l'inscription du nouveau-né ou de l'enfant adopté au contrat dans les 30 jours de la naissance ou de l'adoption selon les cas.

Cette prestation à caractère indemnitaire et accessoire est versée au Membre participant par la Mutuelle, sur présentation des factures justificatives acquittées 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 15.5 – 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 15.6 – Frais de soins à l'étranger

Sous réserve que la formule de garantie souscrite le prévoie, les soins engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par un régime obligatoire d'Assurance Maladie Obligatoire français, dans la limite du ticket modérateur.

Les remboursements sont effectués en euros. En conséquence, les actes à l'étranger hors nomenclature ne sont pas remboursés par la Mutuelle.

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 bénéficiaire 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).

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 originaux 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 originales 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 VIAMEDIS, 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 bénéficiaire.

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 annexés au certificat de souscription.

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 bénéficiaires 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 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 recouvrir 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'il 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 :

- un état nominatif des assurés avec indication pour chaque Membre participant, et le cas échéant, pour ses Ayants droit les mentions suivantes : nom, prénoms, date de naissance ainsi que la situation de famille ;
- une attestation de droits 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 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 une année ;
- 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.

- 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.

- 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.

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 en leur qualité de Souscripteur 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) 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.
- 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 accompagnée de la copie d'une pièce d'identité en cours de validité 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

La Charte de protection des données à caractère personnel de la Mutuelle est disponible sur son site Internet ou sur simple 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. Avant d'introduire toute réclamation auprès de la CNIL, ils sont invités à contacter la Mutuelle aux coordonnées ci-dessus mentionnées.

ARTICLE 25.3 – Opposition au démarchage téléphonique

Le Membre participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL » :

- par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ;
- ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société OPPOSETEL, Service « BLOCTEL », 6 rue Nicolas SIRET 10000 Troyes.

Toutefois, tant que le contrat est en cours, et sous réserve que le Membre participant ne s'y soit pas expressément opposé, cette inscription n'interdit pas à la Mutuelle de démarcher téléphoniquement le Membre participant.

ARTICLE 25.4 – Réclamation et médiation

Toute réclamation relative à l'application ou à l'interprétation du contrat est à adresser au service « relation adhérent » de la Mutuelle. Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement, fondé ou non, d'un Membre participant envers la Mutuelle. Une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

En cas de désaccord avec la réponse apportée par le service « relation adhérent », le Membre participant a la possibilité de saisir le service « réclamations » en adressant un courrier circonstancié à l'adresse postale suivante : MGC Service réclamation TSA 91347 75621 Paris Cedex 13.

La Mutuelle dispose d'un délai de 10 jours ouvrables à compter de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai. Une réponse définitive est

apportée au Membre participant dans un délai de deux mois suivant la date de réception de la réclamation.

Après épuisement des voies de recours au sein de la Mutuelle, le Membre participant peut saisir, dans un délai d'un an à compter de sa première réclamation, le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française :

- soit à l'adresse suivante : Monsieur le médiateur de la consommation 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>.

ARTICLE 25.5 – 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 « FRAIS DE SANTÉ »

**MGC Santé Entreprise – Offre Syntec
Applicable au 01/01/2020**

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 « frais de santé » à adhésion obligatoire.

À

Le

Cachet de l'employeur :

Signature du salarié :



mutuelleMGC.fr

NOTICE D'INFORMATION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

ATTESTATION DE REMISE DE NOTICES D'INFORMATION ET STATUTS	39
PRÉAMBULE	42
DÉFINITIONS PRÉALABLES	42
CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	43
ARTICLE 1 – OBJET	43
ARTICLE 2 – BÉNÉFICIAIRES	43
ARTICLE 3 – DATE D'EFFET DES GARANTIES	45
ARTICLE 4 – CESSATION DE LA GARANTIE	45
ARTICLE 5 – FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE	45
ARTICLE 6 – NON-PAIEMENT DES COTISATIONS	45
ARTICLE 7 – SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	45
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 »	46
ARTICLE 9 – MAINTIEN DES GARANTIES DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI « ÉVIN » N°89-1009 DU 31 DÉCEMBRE 1989	46
ARTICLE 10 – PRESCRIPTION DES ACTIONS	47
ARTICLE 11 – GARANTIES OPTIONNELLES	47
CHAPITRE II – DÉFINITION DES PRESTATIONS	48
ARTICLE 12 – PRESTATIONS REMBOURSÉES	49
ARTICLE 13 – LIMITES DES GARANTIES ET EXCLUSIONS	49
ARTICLE 14 – PLAFOND DES REMBOURSEMENTS	50
ARTICLE 15 – DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINES GARANTIES	50
CHAPITRE III – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	51
ARTICLE 16 – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS	51
ARTICLE 17 – PAIEMENT DES PRESTATIONS	52
ARTICLE 18 – TIERS PAYANT	52
ARTICLE 19 – PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE	52
ARTICLE 20 – PRESTATIONS INDUES	52
ARTICLE 21 – RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES	52
ARTICLE 22 – FONDS DE SOLIDARITÉ OLIVIER	52
ARTICLE 23 – DISPOSITIONS DIVERSES	53
ANNEXE : LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR UN REMBOURSEMENT	55

PRÉAMBULE

Votre employeur, relevant de la Convention collective nationale des Bureaux d'Étude Techniques, Cabinets d'Ingénieurs-Conseils, société de conseil du 15 décembre 1987, a adhéré au régime complémentaire de frais de soins santé à Adhésion obligatoire MGC SANTE ENTREPRISE – Offre SYNTEC afin de vous garantir, ainsi, le cas échéant, que vos Ayants droit bénéficiaires, au titre des risques « frais de santé », dans le respect de l'accord de branche du 7 octobre 2015, et « assistance ».

Afin de renforcer le niveau de vos remboursements, votre employeur a souscrit deux formules de garanties collectives optionnelles à Adhésion facultative, venant compléter si vous le souhaitez, la garantie obligatoire.

Ce contrat, d'une durée d'une 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 une 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 maximum 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.

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.

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 : 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 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 base de remboursement (BR) de l'Assurance Maladie Obligatoire.

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.

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 laissées à la charge du Bénéficiaire par l'Assurance Maladie Obligatoire 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 et les sages-femmes) 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...).

Liste des produits et prestations (LPP) : liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire 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 parents 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 soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité.

Nomenclature : documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de l'assurance maladie.

Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO) : 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. La prise en charge des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée se fait dans la double limite de :

- 100 % du tarif de responsabilité applicable au médecin n'ayant pas adhéré à l'une de ces dispositifs ;
- du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'une des dispositifs, minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité applicable au médecin n'ayant pas adhéré à une de ces dispositifs.

Parcours de soins coordonnés : condition d'un meilleur remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire consistant notamment à recueillir l'orientation du médecin traitant avant de consulter un autre médecin.

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 bénéficiaires, 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 assurés. 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 et les lunettes retenues dans les paniers « à prise en charge renforcée » auront, à compter respectivement de 2019 et 2020, des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'une reste à charge nul sur ces équipements.

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

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 de l'article L.221-2 du code de la mutualité, 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 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 Ayants droit s'agissant des enfants à charge. Vous avez également la possibilité d'affilier votre conjoint.

Est considéré comme votre conjoint :

- votre conjoint, marié et non séparé de corps judiciairement ;
- à défaut, le partenaire lié par un pacte 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 soient tous les deux libres de tout engagement, que le concubinage ait été établi de façon notoire et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même ;

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 au Pôle Emploi ;
- 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 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 dans les Conditions Générales.
 - Cotisation « Conjoint » : le Conjoint du Salarié tel que défini dans les Conditions Générales.
- « Salarié + Enfant à charge / Conjoint » : cette structure permet de garantir dans le cadre de la :
 - Cotisation « Salarié + Enfant à charge » : le Salarié et ses enfants à charge tels que définis dans les Conditions Générales.
 - Cotisation « Conjoint » : le Conjoint du Salarié tel que défini dans les Conditions Générales.

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) ;
- une attestation de droits 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 droits justifiant de l’Affiliation du ou des Ayants droit bénéficiaires à l’Assurance Maladie Obligatoire ;
- s’agissant du conjoint : une copie du livret de famille ;
- s’agissant du partenaire lié au salarié par une PACS : une attestation d’engagement dans les liens d’une PACS ;
- s’agissant du concubin : une 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, titulaire d’une contrat d’apprentissage, ou exerçant une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55% du SMIC ou à la recherche d’une premier emploi, inscrits à ce titre au Pôle Emploi : une justificatif de scolarité ou un certificat d’apprentissage ou une copie du contrat de formation en alternance ou une copie du certificat d’inscription au Pôle Emploi 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 ou un certificat d’apprentissage ou une copie du contrat de formation en alternance 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 30 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 bénéficiaire postérieurement à votre propre Affiliation, la date d’effet de son Affiliation intervient au 1^{er} jour du mois de réception de la demande, 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 2.2 – Mise à jour des informations

Toute modification de votre situation ou, le cas échéant, de celle de vos Ayants droit bénéficiaires, 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 2.3 – Modalités de radiation d’un ayant droit bénéficiaire

L’Affiliation des Ayants droit bénéficiaires cesse en cas de survenance de l’une des événements suivants :

- en cas de décès de l’Ayant droit bénéficiaire, 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 bénéficiaire au regard de la définition prévue au présent article, la radiation prend alors effet au jour où votre Ayant droit bénéficiaire 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’événement adressée à la Mutuelle, accompagner d’une attestation de l’employeur exposant notamment la nature

des garanties, son caractère obligatoire, la date d'effet de l'Adhésion du salarié ;

- en cas de bénéficiaire 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 bénéficiaire.

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.

ARTICLE 4 – CESSATION DE LA GARANTIE

Les garanties cessent de plein droit :

- à la date de résiliation du contrat souscrit par votre employeur ;
- en cas 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 » ;
- lorsque 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, à l'exception du décès.

La cessation de vos droits entraîne automatiquement la cessation de ceux de vos Ayants droit bénéficiaires. 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, tout mois d'affiliation entamé entraîne le versement de la cotisation afférente. Toutefois, dans le cas du décès d'un Bénéficiaire, la Mutuelle restitue la part de cotisation correspondant à la période postérieure à la date du décès.

ARTICLE 5 – FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

Les déclarations faites, tant par vous que par votre employeur, 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 ou de celle de votre employeur, 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.

La Mutuelle peut procéder à la résiliation du présent contrat dans les 40 jours qui suivent l'envoi de la lettre de mise en demeure restée sans effet. La résiliation du présent contrat entraîne la résiliation des garanties dont les membres participants bénéficiaient au titre du contrat.

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, à condition d'en faire la demande avant la résiliation du contrat.

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

ARTICLE 7 – SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

ARTICLE 7.1 – Suspension indemnisée

La cotisation reste due, et les garanties maintenues en cas arrêt de travail lorsque votre contrat de travail est suspendu et que vous bénéficiez d'une maintenance 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 ;
- 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 bénéficiaires, 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 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 bénéficiaires, 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 droits bénéficiaires 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 questionnaire 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 la cadre de la portabilité des garanties ;
- 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 des garanties ;

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 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 résiliation 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 règlement de l'indemnité.

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 bénéficiaires, adhérer, à titre facultatif, par la signature d'un bulletin d'Adhésion, à l'une des formules 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.

Les garanties prennent effet à partir de la date de prise d'effet de l'Adhésion du bénéficiaire.

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.

ARTICLE 11.2 – Cessation des garanties

Vous pouvez résilier votre garantie facultative en adressant une lettre simple à la Mutuelle par le biais de votre employeur.

La demande sera prise en compte à partir du 1^{er} jour du mois suivant l'expiration d'un préavis de deux mois courant à compter de la date de la demande.

En cas de modification de vos droits et obligations au titre de la garantie optionnelle, vous pouvez mettre fin à leur Adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise, par votre employeur, de la notice d'information ou de l'avenant comportant les modifications.

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 recommandée, ou envoi recommandé électronique, avec accusé réception au siège de la Mutuelle. 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.

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 accusé 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 son 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, adresse 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 de celui-ci, les garanties prennent fin dix jours après la notification adressée à votre intention 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 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 définis aux articles R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale, modifiés par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. 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 à l'article R.160-5 du code de la sécurité sociale 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 Obligatoire 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 plus de 6 ans et moins de 16 ans. Pour les enfants jusqu'à 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 équipement ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire. Par exception, en cas d'évolution de la vue et dans les conditions réglementairement définies il peut être dérogé à ces délais.

- 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 bénéficiaires avez exposés bénéficiaires 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 le cas échéant et 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 à l'article R.871-2 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 par l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale 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 (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'une des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO) 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'une 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'une des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, minorée de 20 % du tarif de responsabilité ;

8. à partir du 1^{er} janvier 2021, 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.

Les garanties du contrat souscrit par votre employeur sont révisées en cas d'évolution de la législation et réglementation de l'assurance maladie.

Conformément à l'article L.221-5 du code de la mutualité, toute modification des garanties fera l'objet d'un avenant signé par votre employeur et la Mutuelle. Dans le cas d'une mise en conformité avec le cahier des charges du Contrat responsable, lesdites modifications seront formalisées dans les conditions prévues par l'article L.221-5, III du code de la mutualité.

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 15.3 « 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'une 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 ce dernier mais expressément mentionnés à la présente notice.

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la BR 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 tableau des garanties, 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.

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 une 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, convalescence, psychiatrie) 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 indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou une 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 l'article L.861-3 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 et les consultations et actes externes des établissements de santé conventionnés ou non, dans les conditions suivantes :

- **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 ;
- **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, convalescence), sous réserve que cette dernière soit prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- **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 de pratique tarifaire maîtrisée) ;
- **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, à l'exception des frais de location d'une téléviseur, sont prises en charge sans limitation de durée en médecine, chirurgie, psychiatrie, convalescence et obstétrique ;
- **Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation** : la Mutuelle verse, lors d'une hospitalisation pour l'accompagnement d'une Ayant droit bénéficiaire, une allocation journalière dont le montant figure au tableau des garanties dans la limite des dépenses facturées par l'établissement hospitalier. La personne hospitalisée doit être Bénéficiaire de la garantie.

ARTICLE 15.2 – Optique

A • LENTILLES

Pour l'acquisition de lentilles de contact, remboursées ou non par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle verse une forfait annuel,

dont le montant figure au tableau des garanties et varie en fonction de la formule et du niveau de garantie souscrite.

B • CHIRURGIE RÉFRACTIVE

Selon la garantie choisie, l'intervention chirurgicale réfractive est prise en charge par la Mutuelle, dans la limite d'un forfait annuel dont le montant est fixé au tableau des garanties, exprimé par œil et par bénéficiaire.

C • OFFRECLAIR

Lorsque l'achat a lieu chez un opticien partenaire Santéclair, vous, ainsi que vos Ayants droit bénéficiaires, 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 sécurisé « adhérent » sur Mutuellemgc.fr ou sur simple demande en contactant votre conseiller MGC.

ARTICLE 15.3 - Dentaire

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 s'effectuent dans les conditions prévues par la garantie en dehors du plafond dentaire annuel mentionné ci-dessus.

ARTICLE 15.4 – Frais de soins à l'étranger

Sous réserve que la formule de garantie souscrite le prévoit, les soins engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par une régime obligatoire d'assurance maladie français, dans la limite du ticket modérateur.

Les remboursements sont effectués en euros. En conséquence, les actes à l'étranger hors nomenclature ne sont pas remboursés par la Mutuelle.

ARTICLE 15.5 – Prévention

Par exception, 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 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 en annexe.

La médecine douce (consultation ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien, tabacologue) est prise en charge selon la garantie souscrite et dans la limite d'un forfait annuel dont le montant est fixé au tableau des garanties.

Sont également pris en charge les traitements préventifs pris en charge au titre du Contrat responsable.

ARTICLE 15.6 – Naissance et adoption

Sous réserve que la formule de garantie le prévoit et dans le respect des dispositions du Contrat responsable, les frais médicaux liés à l'accouchement ainsi que ceux liés à une adoption, sont remboursés par la Mutuelle sous déduction des remboursements éventuels de l'Assurance Maladie Obligatoire dans la limite du plafond fixé au tableau des garanties. La prestation est conditionnée à l'inscription du nouveau-né ou de l'enfant adopté au contrat dans les 30 jours de la naissance ou de l'adoption selon les cas.

Cette prestation à caractère indemnitaire et accessoire vous est versée par la Mutuelle, sur présentation des factures justificatives acquittées 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

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 à votre employeur préalablement à la conclusion du contrat.

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 bénéficiaire 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).

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 originaux des décomptes de l'Assurance Maladie Obligatoire et/ou d'une autre organisme complémentaire s'il n'y a pas de télétransmission « NOEMIE » ;
- des factures originales 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 VIAMEDIS, 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 bénéficiaire.

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 tenter 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 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 bénéficiaires 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'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

ARTICLE 22 – 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, vous 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, vous devez avoir une ancienneté au sein de la mutuelle au moins égale à une année ;
- 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 vos soins.

ARTICLE 23 – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 23.1 - 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 23.2 – 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.

• 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 ;
- les 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.

• 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.

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) 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 une profilage s'il est lié à une telle prospection ;
 - fondé sur les intérêts légitimes poursuivis par la Mutuelle, y compris à une profilage réalisé sur ce fondement.
- 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/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'une des droits susvisés, il vous faut adresser une lettre simple accompagnée de la copie d'une pièce d'identité en cours de validité 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

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. Avant d'introduire toute réclamation auprès de la CNIL, vous êtes invités à contacter la Mutuelle aux coordonnées ci-dessus mentionnées.

ARTICLE 23.3 – Opposition au démarchage téléphonique

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL » :

- par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ;
- ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société OPPOSETEL, Service « BLOCTEL », 6 rue Nicolas SIRET 10000 Troyes.

Toutefois, tant que le contrat est en cours, et sous réserve que vous ne vous y soyez pas expressément opposé, cette inscription n'interdit pas à la Mutuelle de vous démarcher téléphoniquement.

ARTICLE 23.4 – Réclamation et médiation

Toute réclamation relative à l'application ou à l'interprétation du contrat est à adresser au service « relation adhérent » de la Mutuelle. Une réclamation est une déclaration actant de votre mécontentement, fondé ou non, envers la Mutuelle. Une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

En cas de désaccord avec la réponse apportée par le service « relation adhérent », vous avez la possibilité de saisir le service « réclamations » en adressant une courrier circonstancié à l'adresse postale suivante : MGC Service réclamation TSA 91347 75621 Paris Cedex 13.

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

Après épuisement des voies de recours au sein de la Mutuelle, vous pouvez saisir, dans un délai d'un an à compter de sa première réclamation, le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française :

- soit à l'adresse suivante : Monsieur le médiateur de la consommation 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>.

ARTICLE 23.5 – 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.

ANNEXE : LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR UN REMBOURSEMENT

	PRESTATIONS	PIÈCES A 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	-	Décompte de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) où figure le détail des soins et actes à rembourser.	
	Hospitalisation	Original de la facture détaillée acquittée, présentant le nom et prénom du bénéficiaire.	Original de la 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.	Décompte de l'AMO.	
			Copie de l'ancienne et nouvelle ordonnance justifiant l'évolution de la vue accompagnées de la facture acquittée.	
	Prothèses dentaires	Copie de la facture du dentiste précisant le numéro des dents.	Décompte de l'AMO.	
			Copie de la facture du dentiste précisant le numéro des dents.	
Implantologie, couronnes sur implant	Copie de la facture acquittée détaillée du dentiste précisant le numéro des dents.	Décompte de l'AMO.		
		Copie de la facture acquittée détaillée du dentiste précisant le numéro des dents.		
Parodontologie	Copie de la facture acquittée détaillée du dentiste.	Décompte de l'AMO.		
		Copie de la facture acquittée détaillée du dentiste.		

	PRESTATIONS	PIÈCES A FOURNIR	
Soins non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Lentilles	Original de la facture détaillée acquittée, présentant le nom et le prénom du bénéficiaire.	
		Copie de l'ordonnance	
	Implantologie	Original de la facture détaillée acquittée, précisant les numéros de dent.	
	Parodontologie	Original de la facture détaillée acquittée, précisant la localisation dentaire.	
	Diététique prescrite par un médecin ou un diététicien	Original de la facture détaillée acquittée	
		Copie de l'ordonnance	
	Autres soins	Original de la 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 originale 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.

* Télétransmission : échanges de flux informatiques avec le régime d'Assurance Maladie Obligatoire. Pour vérifier si la télétransmission fonctionne correctement sur votre dossier, il suffit de regarder les relevés de remboursement édités par votre Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire. Si la mention « transmis à la Mutuelle Générale des Cheminots » ou « à votre organisme complémentaire » apparaît sur vos relevés, la télétransmission fonctionne. Si aucune mention n'apparaît, vous ne bénéficiez pas de la télétransmission.

NOTICE D'INFORMATION ASSISTANCE

GAMME MGC SANTÉ TNS, MGC SANTÉ ENTREPRISE

**Applicable au 01/09/2018
15h00
N° 3786**

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 12 558 240 € entièrement versé - Entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Créteil sous la référence 383 974 086 et située 8/14 avenue des Frères Lumière - 94368 Bry sur Marne Cedex, et sont régies par le Code des Assurances.



Mutuaide

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 Adhérents.

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSISTANCE N° 3786

COMMENT CONTACTER NOTRE SERVICE ASSISTANCE

8-14, avenue des Frères Lumière
94368 BRY SUR MARNE 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** (communication non surtaxée, coût selon opérateur, appel susceptible d'enregistrement)
- **par télécopie : 01 45 16 63 92**
- **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, sauf pour les garanties d'assistance des personnes en déplacement, 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 décès, date de la constatation de la perte d'autonomie. Passé ce délai, aucune garantie ne sera mise en œuvre.**

> **Attention, le délai de demande d'assistance pour la garantie «Aide-ménagère» 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.

> **Toute demande pour les garanties d'assistance aux personnes en déplacement devra être effectuée depuis le lieu de séjour, le plus rapidement possible après l'événement, et avant tout engagement de frais.**

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.60
Recherche des prestataires	Aide et recherche	p.60
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 1ère classe ou avion classe économique	p.60
Aide-Ménagère	15 heures réparties sur 15 jours / 2 heures minimum par intervention.	p.60
Garde des enfants de moins de 16 ans		p.60
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.60
4/ EN CAS DE SEJOUR A LA MATERNITE DE PLUS DE 8 JOURS		
Aide-Ménagère	2 heures par jour / Maximum 15 heures réparties sur 15 jours	p.60
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.60
GARANTIES D'ASSISTANCE AUX AIDANTS		
1/ EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE DE PLUS D'UNE JOURNEE OU D'IMMOBILISATION DE PLUS DE 5 JOURS DE L'AIDANT OU DE SON CONJOINT		
Garde de l'Aidé au domicile		p.61
Auxiliaire de vie	15 heures réparties sur 15 jours Dont 2 heures pour la venue d'une coordinatrice si besoin	
Aide à domicile	15 heures réparties sur 15 jours / 2 heures minimum par intervention.	
Venue ou transfert chez un proche		p.61
Venue d'un proche au domicile	Titre de transport A/R en train 1ère classe ou avion classe économique / Maximum 200 €	
Transfert non médicalisé chez un proche	Titre de transport A/R en train 1ère classe ou avion classe économique / Maximum 200 €	
Services de proximité		p.61
Livraison de médicaments	Organisation de la livraison des médicaments	
Livraison de repas	7 repas sur une période de 10 jours	
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.61
Auxiliaire de vie	15 heures réparties sur 1 semaine	
Aide à domicile	15 heures	
Venue ou transfert chez un proche		p.61
Venue d'un proche au domicile	Titre de transport A/R en train 1re classe ou avion classe économique / Maximum 200 €	
Transfert non médicalisé chez un proche	Titre de transport A/R en train 1re classe ou avion classe économique / Maximum 200 €	
PROLONGEMENT DES GARANTIES		
Prolongement des garanties sur demande	Montant des prestations à votre charge	p.61

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 12 558 240 € entièrement versé – Entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Créteil sous la référence 383 974 086 et située 8/14 avenue des Frères Lumière – 94368 Bry sur Marne Cedex.

Bénéficiaires :

Tout adhérent de la Mutuelle MGC bénéficiant d'un contrat collectif frais de santé (MGC SANTE Entreprise), ainsi que :

- 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 au titre de la Loi 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.

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.

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.

France :

La France métropolitaine ainsi que les Principautés d'Andorre et de Monaco.

Territorialité :

La France.

Maladie :

Toute altération soudaine et imprévisible de votre santé, consécutive ou non à une situation préexistante, constatée par une autorité médicale compétente.

Maladie chronique :

Maladie de longue durée avec présence d'une cause organique, psychologique ou cognitive, d'une ancienneté d'au moins 3 mois et impliquant :

- la dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage, d'une assistance personnelle,
- le besoin de soins médicaux ou paramédicaux, d'aide psychologique, d'éducation ou d'adaptation,
- la limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale.

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 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 évènement 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 veniez 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'auxiliaire de vie 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 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, 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'auxiliaire de vie 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 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**, 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. L 113-1 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 hospitalisations programmées lorsqu'elles sont liées à des maladies chroniques,
- 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
8-14, Avenue des Frères Lumière
94368 BRY SUR MARNE CEDEX**

ARTICLE 9 -MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

En cas de désaccord ou de mécontentement sur la mise en œuvre des garanties de votre contrat, nous vous invitons à le faire connaître à MUTUAIDE ASSISTANCE en appelant le +33 (0)1.41.77.45.77 (communication non surtaxée, coût selon opérateur, appel susceptible d'enregistrement) ou en écrivant quotidien@mutuaide.fr.

Si la réponse que vous obtenez ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez adresser un courrier à :

**MUTUAIDE ASSISTANCE
SERVICE QUALITE CLIENTS
8/14 AVENUE DES FRERES LUMIERE
94368 BRY-SUR-MARNE CEDEX**

MUTUAIDE ASSISTANCE s'engage à accuser réception de votre courrier dans un délai de 10 jours ouvrés. Il sera traité dans les 2 mois au plus.

Si le désaccord persiste, vous pouvez recourir à la Médiation de l'Assurance :

**LA MEDIATION DE L'ASSURANCE
TSA 50110
75441 PARIS CEDEX 09**

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 le 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, en justifiant de son identité, 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 :

- par mail : à l'adresse DRPO@MUTUAIDE.fr
- par courrier : en écrivant à l'adresse suivante : Délégué représentant à la protection des données – MUTUAIDE ASSISTANCE – 8/14 Avenue des Frères Lumière – 94368 Bry-sur-Marne.

Après en avoir fait la demande auprès du Délégué représentant à la protection des données et n'ayant pas obtenu satisfaction, il a la possibilité de saisir la CNIL (Commission Nationale de l'informatique et des Libertés).

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

Après vous avoir réglé une indemnité, nous sommes subrogés dans les droits et actions que vous pouvez avoir contre les tiers responsables du sinistre, comme le prévoit l'article L.121-12 du Code des Assurances français.

Notre subrogation est limitée au montant de l'indemnité que nous vous avons versée ou des services que nous avons fournis.

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 s'y rapportant, à défaut de résolution amiable, sera de la compétence exclusive des juridictions françaises.

ARTICLE 15—FAUSSES DÉCLARATIONS

- Portant sur le risque à garantir

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle et toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle de votre part portant sur le risque à garantir peuvent être sanctionnées dans les conditions prévues par les articles L.113-8 et L.113-9 du code des assurances en tenant compte du caractère collectif du Contrat.

- Au moment du sinistre

Toute fraude, réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part sur les circonstances ou les conséquences d'un sinistre entraînera la perte de tout droit à prestation ou indemnité pour ce sinistre.

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

STATUTS MGC

**VALIDÉS PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
DU VENDREDI 14 JUIN 2019**

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

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 Hénoque 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 protection complémentaire santé de la couverture universelle du risque maladie (CMU-C), 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 mutuelles 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 ayants 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 ;
- désignation des bénévoles dans chaque comité local en vue d'animer des actions locales de promotion, de développement ou de prévention ;
- 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 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 accompagnée de la copie d'une pièce d'identité en cours de validité 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

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. Dans cette hypothèse, le membre participant, ses ayant droits ou le membre honoraire est invité à contacter la Mutuelle, préalablement à cette saisine, aux coordonnées ci-dessus mentionnées.

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.

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.

9-4 - Pour le cas où un adhérent est à la fois bénéficiaire à titre individuel et à titre collectif, il est considéré comme membre participant à titre individuel pour sa participation à la vie mutualiste et ne peut exprimer sa voix que dans le cadre de sa participation aux comités locaux.

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.

Mineur de plus de seize ans, ayant demandé, sans l'intervention de son représentant légal, à être inscrit comme membre participant conformément aux dispositions de l'article L.114-2 du Code de la mutualité.

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.

L'enfant à charge du membre participant et/ou de son conjoint ou assimilé (concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité).

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 envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle deux mois avant la date d'échéance prévue au règlement mutualiste ou au contrat collectif.

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 qui auront, de mauvaise foi dûment établie, fait des déclarations inexactes ou omises de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties d'assurance accordées tel que prévu à l'article L.221-15 du Code de la mutualité. Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie, il ne peut pas y avoir nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

18-2 - Peuvent être exclus les membres participants qui auront 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, sauf exceptions visées au dernier alinéa de l'article L.221-14 du Code de la mutualité.

18-3 - Peuvent être exclus 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.).

18-4 - Le membre dont l'exclusion est proposée pour l'un des motifs visés ci-dessus est convoqué devant le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, son exclusion peut être prononcée sans autre formalité par le Conseil d'Administration. 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.

18-5 - Toute exclusion entraîne une impossibilité d'adhésion à la Mutuelle d'une durée de 24 mois à compter de la date de prise d'effet de l'exclusion 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 qui représentent les membres participants et les membres honoraires de la Mutuelle.

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

20-3 - Les secteurs géographiques sont regroupés en sections de vote, définies par le 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.

20-4 - L'organisation des sections de vote ne peut aboutir à ce qu'un membre participant ou honoraire relève de plusieurs sections de vote.

20-5 - 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, parmi les candidats de leur section et selon les modalités définies dans le

règlement intérieur, les délégués dont le nombre est déterminé de la façon suivante :

- de 0 à 1 500 membres participants et honoraires : 1 délégué
- puis par tranche de 1 à 1 000 membres participants et honoraires : 1 délégué supplémentaire.

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

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 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 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 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
 - 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 contre récépissé de remise en main propre, jusqu'à 60 jours 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 par un autre délégué 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 ou en cas d'empêchement d'un délégué, il est procédé avant la prochaine Assemblée générale, dans les conditions stipulées à l'article 21-1 à l'élection d'un nouveau délégué qui achève le mandat de son prédécesseur.

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 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 du 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 en un lieu choisi par le Conseil d'administration.

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 des sections de vote 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 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 à bulletin 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.114-9 c 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 et L.111-4-2 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.

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.

A 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 porte à la connaissance des membres participants et des membres honoraires les postes vacants.

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 Secrétariat général un mois franc 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 Secrétariat 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,
- 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, à l'expérience et à la compétence ; cette dernière étant présumée à raison de l'expérience acquise et à l'expérience justifiée par l'exercice d'une fonction mutualiste pendant deux ans au minimum dans un comité local de la Mutuelle,
- ne pas être âgés de plus de soixante-dix ans.

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 N° 3 du Casier judiciaire datant de moins de trois mois au jour de l'élection (article L.114-21 dudit Code).

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 à bulletin 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,
- lorsqu'ils ont atteint la limite d'âge fixé à l'article 33 des présents statuts; dans ce cas, le membre est considéré comme démissionnaire d'office à sa date d'anniversaire.
- 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 de proximité et d'écoute à l'égard des adhérents de son secteur.

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, ni se faire représenter, ni voter par correspondance.

ARTICLE 47 - REPRÉSENTATION DES SALARIÉS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

47-1 - Sauf dispositions plus favorables de la convention collective de la Mutualité et conformément aux dispositions de l'article L.114-16 du Code de la mutualité, si la Mutuelle emploie au moins 50 salariés, deux représentants de ceux-ci assistent avec voix consultative aux séances du Conseil d'Administration.

47-2 - Les deux représentants salariés sont élus tous les deux ans à la majorité relative par le personnel, un parmi le 1^{er} collège (employés) et un parmi le 2^e collège (agents de maîtrise, agents d'encadrement, cadres).

ARTICLE 48 - ÉLECTION DES REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL SALARIÉ

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. Tout salarié ayant au moins cinq ans d'ancienneté 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.

48-2 - 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 et sauf lorsque le Conseil d'administration est réuni pour procéder aux opérations mentionnées au troisième alinéa de l'article L.114-17 du Code de la mutualité, sont réputés présents les administrateurs qui, pour des raisons légitimes, participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou tout autre moyen de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective. 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,
- définit, pour le cas où les dirigeants effectifs sont absents ou empêchés, les modalités de continuité de la direction effective,
- 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, 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 et par le Directeur général, en qualité de dirigeant opérationnel conformément à l'article R.211-15 du Code de la mutualité.

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 deux 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 RÉVOCACTION

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, 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 à bulletin 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.

ARTICLE 55 - ATTRIBUTIONS

55-1 - Outre ses attributions afférentes à la direction effective de la Mutuelle qu'il assure conjointement avec le Directeur général, 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 informe le Conseil d'administration lorsque des procédures visées aux articles L.510-8 et L.510-10 du Code de la mutualité sont diligentées à l'encontre de la Mutuelle.

55-3 - 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.

55-4 - 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.

55-5 - Il convoque le Conseil d'administration et en établit l'ordre du jour.

55-6 - Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées.

55-7 - Il représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile sous réserve des délégations consenties au Directeur général.

55-8 - 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 à bulletin 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 les 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 six 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 participe de droit aux réunions du Bureau avec voix consultative sauf si sa 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 conformément aux statuts.

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 dans les mêmes 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 ou membres de comités locaux ;
- toute personne ayant reçu un mandat particulier.

60-6 - Le mandataire mutualiste est nommé 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 financiers, 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

73-1 - Toute réclamation relative à l'application ou à l'interprétation des Statuts, du Règlement intérieur, des Règlements mutualistes ou Contrats collectifs est à adresser au Service Relation Adhérent.

73-2 - Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement, fondé ou non, d'un Membre participant envers la Mutuelle. Une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

En cas de désaccord avec la réponse apportée par le Service Relation Adhérent, le membre participant a la possibilité de saisir le Service Réclamations en adressant un courrier circonstancié à l'adresse postale suivante : MGC – Service réclamations TSA 91347 – 75621 PARIS CEDEX 13.

73-4 - La Mutuelle dispose d'un délai de 10 jours ouvrables à compter de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai. Une réponse définitive est apportée au membre participant dans un délai de deux mois suivant la date de réception de la réclamation.

73-5 - Après épuisement des voies de recours au sein de la Mutuelle, le membre participant peut saisir la Médiation Fédérale de la Mutualité Française (Médiation Fédérale Mutualiste), soit par courriel à l'adresse électronique mediation@mutualite.fr, soit par courrier à l'adresse suivante : 255 rue de Vaugirard - 75719 Paris Cedex 15.

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 la mutualité.

UNE QUESTION ?



**Contactez votre conseiller
mutualiste entreprise**



Contactez la mutuelle MGC

01 40 78 57 10

Du lundi au vendredi 9h - 17h30.
Appel non surtaxé.

mutuelleMGC.fr



**Complétez votre protection santé
par un contrat prévoyance !**

Votre conseiller est à votre
disposition pour vous renseigner.

La MGC offre une gamme complète de
solutions santé et prévoyance à destination des
professionnels et des entreprises.



mutuelleMGC.fr

