Guide pratique

Gamme Santé collective
Transport routier
2027

mutuelle MGC

mutuelleMGC.fr

Mutuelle depuis 1883 !

MGC Santé Collective Transport Routier

Simple à mettre en place, facile à gérer

Protéger vos salariés n'a jamais été aussi simple. Avec **Santé Collective Transport Routier**, vous leur offrez une couverture complète, adaptée au budget et aux besoins d'une petite entreprise… tout en respectant vos obligations légales, règlementaires et conventionnelles.

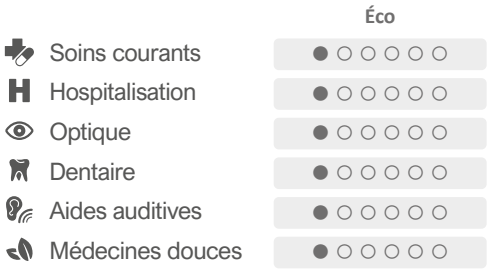
Parce qu'une petite entreprise doit aller vite et rester efficace, nous avons imaginé une offre simple, flexible et transparente, avec 5 niveaux de garanties pour couvrir aussi bien les soins du quotidien que les dépenses plus coûteuses.

Chaque niveau offre un rapport qualité/prix optimisé pour une protection réellement utile à vos salariés.

Les garanties en un coup d'œil

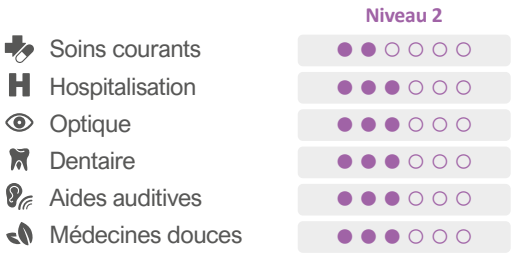
Niveau 1 - Les prestations essentielles

La **solution économique** qui répond aux obligations minimales de la **CCN Transport Routier de voyageurs**.



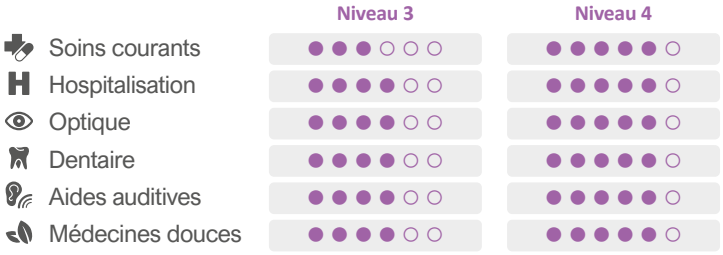
Niveaux 2 – Les prestations équilibrées

La formule conforme aux obligations de la **CCN Transport Routier de marchandises**, avec une prise en charge renforcée pour une protection complète sur l'essentiel, y compris sur certaines dépenses peu ou pas remboursées par l'Assurance Maladie.



Niveaux 3 & 4 – Les prestations supérieures

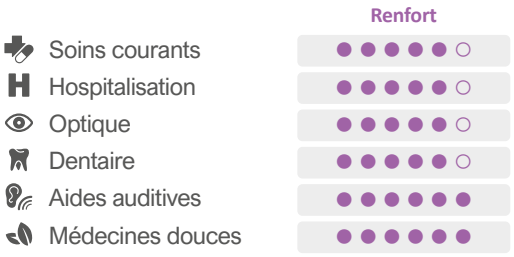
Des **garanties optimisées** pour les salariés souhaitant davantage de confort sur les postes clés :
optique, dentaire, hospitalisation, soins de ville et médecines douces



Renfort – les Prestations renforcées

Pour ceux qui veulent une couverture encore plus protectrice, le Renfort offre :

- Jusqu'à **120 €/jour** pour la chambre particulière
- Jusqu'à **1 200 €/an** pour l'implantologie
- Des prises en charge améliorées sur tous les postes clés



Un fonctionnement flexible pour s'adapter à toutes les entreprises

1. **Vous choisissez un niveau obligatoire** parmi les niveaux 1 à 4.
   - Niveau 1 : réservé au transport de voyageurs
   - Niveau 2 : niveau minimal pour le transport de marchandises
   - Niveaux 3 ou 4 : options supérieures pour plus de protection

   Ce niveau **obligatoire** est financé par l'entreprise à **au moins 50 %**.
2. La MGC met automatiquement à votre disposition 1 ou 2 niveaux facultatifs associés à votre niveau obligatoire. Ils permettent à vos salariés de renforcer leur couverture sans impact sur votre budget. Chaque salarié est libre d'y adhérer… ou pas et c'est financé par le salarié.

3. **La couverture du conjoint et des enfants est facultative**, à la charge du salarié

Vos options en un coup d'œil

Niveau obligatoire	+	Niveau(x) facultatif(s) possible(s)				
Niveau 1 (Voyageurs)	+	/	Niveau 2	Niveau 3	/	/
Niveau 2	+	/	/	Niveau 3	Niveau 4	/
Niveau 3	+	/	/	/	Niveau 4	/
Niveau 4	+	/	/	/	/	Renfort

Une gamme 100% conforme à la CCN du transport routier

- CCN Transport routier de voyageurs : niveau obligatoire minimum Niveau 1
- CCN Transport routier de marchandises : niveau obligatoire minimum Niveau 2

Pourquoi choisir MGC pour votre entreprise ?

✔ **Un vrai avantage économique**
- Déduction fiscale des cotisations patronales *(art. 39 du Code Général des Impôts)*
- Exonération de charges sociales *(art. L242-1 du Code de la Sécurité Sociale)*

✔ **Une installation ultra simple**
- Accompagnement par votre conseiller expert
- Aucune formalité médicale
- Prise en charge immédiate

✔ **Un vrai confort pour vos salariés**
- Analyse de devis optique, dentaire et hospitalier
- Assistance santé 24h/24 – 7j/7 *(voir conditions dans la notice d'information assistance jointe)*
- Appli web et mobile pour gérer son adhésion en toute simplicité
- Gestion de qualité : 91% d'adhérents prêts à recommander la MGC *(Enquête INIT, novembre 2025)*

SANTÉ COLLECTIVE
TRANSPORT ROUTIER
Tableau des Garanties 2027

Garanties applicables au 1er janvier 2027.
Les garanties sont conformes au cahier des charges des contrats responsables, au panier de soins et à la réforme du «100% santé» permettant l'accès à des prestations réglementairement définies en optique, dentaire et audiologie entièrement remboursées, donc sans reste à charge. Le bénéficiaire des garanties peut choisir entre des prestations relevant du panier «100% santé» ou des prestations hors panier «100% santé» dont les remboursements se feront selon la formule de garanties choisies.
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.

	Transport routier de voyageurs / Transport routier de marchandises				
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	RENFORT
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Médecins généralistes ayant adhéré à l'OPTAM(1)	100%	150%	200%	400%	400%
Médecins généralistes hors OPTAM(1)	100%	130%	180%	200%	200%
Médecins spécialistes ayant adhéré à l'OPTAM(1)	100%	200%	200%	400%	400%
Médecins spécialistes hors OPTAM(1)	100%	130%	180%	200%	200%
Consultations de psychologues remboursées par l'AMO **(12 séances par année civile)**(2)	100%	100%	100%	100%	100%
Actes de chirurgie et actes techniques hors hospitalisation dans le cadre de l'OPTAM(1)	100%	200%	200%	400%	400%
Actes de chirurgie et actes techniques hors hospitalisation hors OPTAM(1)	100%	130%	180%	200%	200%
Imagerie médicale dans le cadre de l'OPTAM(1)	100%	150%	200%	400%	400%
Imagerie médicale hors OPTAM(1)	100%	130%	180%	200%	200%
Participation forfaitaire sur les actes lourds(3)	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels
Honoraires paramédicaux					
Auxiliaires médicaux et paramédicaux	100%	100%	150%	200%	200%
Analyses et examens de laboratoires					
Analyses médicales	100%	100%	150%	200%	200%
Médicaments					
Médicaments remboursés par l'AMO (au taux de 65%, 30% et 15%)	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical					
Appareillage remboursé par l'AMO(4)	100%	150%	200%	300%	300%
Forfait de location et de mise à disposition des véhicules pour personnes handicapées dans le cadre de la location de courte durée	Prise en charge intégrale **dans la limite des prix limites de vente en vigueur**				
Prothèses capillaires de classe II (équipement 100% Santé)	Prise en charge intégrale **dans la limite des prix limites de vente en vigueur**				
Prothèses mammaires et capillaires (classe I, III et IV) remboursées par l'AMO	100%	150%	200%	300%	300%
Autres prestations					
Transport remboursé par l'AMO	125%	130%	150%	200%	200%
HOSPITALISATION sauf établissements médico-sociaux et unités de soins de longue durée					
Frais de séjours					
Frais de séjour pris en charge par l'AMO	100%	225%	225%	225%	225%
Honoraires					
Honoraires en hospitalisation et ambulatoire dans le cadre de l'OPTAM(1)	100%	250%	300%	400%	400%
Honoraires en hospitalisation et ambulatoire hors OPTAM(1)	100%	180%	200%	200%	200%
Participation forfaitaire sur les actes lourds(3)	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels	frais réels
Forfait Patient Urgences(5)	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
Chambre particulière(6)					
En médecine / chirurgie / obstétrique et ambulatoire En soins de suite et de réadaptation En psychiatrie	40€/jour	75€/jour	80€/jour	100€/jour	120€/jour
Frais d'accompagnement					
Frais d'accompagnement pour un enfant de moins de 16 ans. Seuls les repas fournis par l'établissement hospitalier pourront faire l'objet d'une prise en charge	40€/jour	50€/jour	50€/jour	50€/jour	60€/jour

> Suite du tableau page suivante >

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	RENFORT
CURE THERMALE [7]					
Cure thermale remboursée par l'AMO : traitement et honoraires remboursés par l'AMO, hébergement et transport remboursés ou non par l'AMO	100 %*	100 %* + 50 €/an**	100 %* + 100 €/an**	100 %* + 200 €/an**	100 %* + 200 €/an**
OPTIQUE					
Équipement optique (forfaits € incluant la prise en charge de l'AMO)					
Participation limitée à un équipement [8] **(2 verres et 1 monture) tous les 24 mois,** ramenés à 12 mois pour les enfants de moins de 16 ans, et à 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Délais s'appréciant à partir de la date d'acquisition du dernier équipement ayant donné lieu à une prise en charge par l'AMO. Par exception, en cas d'évolution de la vue ou de la réfraction et dans les situations énumérées par la réglementation, il peut être dérogé à ces délais.					
Équipements «100 % santé» [9]					
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 filtres	**Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente en vigueur**				
Équipements entrant dans le cadre du panier de soins « libre » (classe B, à prix libres)					
Équipement composé de deux verres "simples" **(monture limitée à 100 €)**	260 €	300 €	350 €	420 €	420 €
Équipement mixte composé d'un verre "simple" et d'un verre "complexe" **(monture limitée à 100 €)**	290 €	350 €	425 €	560 €	560 €
Équipement composé de deux verres "complexes" **(monture limitée à 100 €)**	320 €	400 €	500 €	700 €	700 €
Équipement mixte composé d'un verre "simple" et d'un verre "très complexe" **(monture limitée à 100 €)**	330 €	400 €	475 €	610 €	610 €
Équipement mixte composé d'un verre "complexe" et d'un verre "très complexe" **(monture limitée à 100 €)**	360 €	450 €	550 €	750 €	750 €
Équipement composé de deux verres "très complexes" **(monture limitée à 100 €)**	400 €	500 €	600 €	800 €	800 €
Prestation d'appairage réalisée par l'opticien	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Supplément pour verres avec filtres	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Autres prestations					
Lentilles et produits d'entretien pris en charge par l'AMO	100 % + 220 €/an**	100 % + 280 €/an**	100 % + 330 €/an**	100 % + 350 €/an**	100 % + 370 €/an**
Lentilles et produits d'entretien non pris en charge par l'AMO	100 €/an**	150 €/an**	200 €/an**	250 €/an**	300 €/an**
Opération chirurgicale réfractive (par œil)	250 €/œil/an**	500 €/œil/an**	750 €/œil/an**	1000 €/œil/an**	1200 €/œil/an**
DENTAIRE					
Soins					
Soins	110 %	120 %	130 %	150 %	150 %
Inlay Onlay	200 %	300 %	350 %	400 %	400 %
Soins et prothèses «100 % santé» [9]					
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					
Prothèses dentaires remboursées par l'AMO, y compris couronnes sur implant. Les prothèses du panier « honoraires maîtrisés » sont prises en charge **dans la limite des prix limites de facturation en vigueur**	200 %	300 %	350 %	400 %	400 %
Prothèses dentaires non remboursées par l'AMO	180 €/an**	360 €/an**	420 €/an**	500 €/an**	600 €/an**
Inlay Core	200 %	300 %	350 %	400 %	400 %
Autres prestations					
Orthodontie remboursée par l'AMO	200 %	300 %	350 %	400 %	400 %
Orthodontie non remboursée par l'AMO	250 €/an**	500 €/an**	600 €/an**	800 €/an**	1000 €/an**
Implantologie (implant, pilier) remboursée ou non par l'AMO	100 %*	100 %* + 400 €/an**	100 %* + 800 €/an**	100 %* + 1000 €/an**	100 %* + 1200 €/an**
Parodontologie remboursée ou non par l'AMO	100 %* + 150 €/an**	100 %* + 250 €/an**	100 %* + 350 €/an**	100 %* + 400 €/an**	100 %* + 500 €/an**

> Suite du tableau page suivante >

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	RENFORT
AIDES AUDITIVES					
Aides auditives prises en charge par l'AMO					
Participation limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans. Ce délai s'apprécie à compter de la date de la dernière facturation d'un appareil ayant donné lieu à une prise en charge de l'AMO					
Équipements «100 % santé»[9]					
Aides auditives relevant du panier «100 % santé»	**Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente en vigueur**				
Équipements entrant dans le cadre du panier de soins «libre»					
Aides auditives prises en charge et incluant le remboursement AMO. Jusqu'à 20 ans ou personne atteinte de cécité	1 400 €/oreille	1 700 €/oreille	1 700 €/oreille	1 700 €/oreille	1 700 €/oreille
À partir de 20 ans : aides auditives prises en charge et incluant le remboursement AMO	500 €/oreille	850 €/oreille	1 250 €/oreille	1 700 €/oreille	1 700 €/oreille
Autres prestations					
Accessoires et fournitures des prothèses auditives remboursées par l'AMO (piles…)	150 %	150 %	150 %	150 %	150 %
Accessoires et fournitures des prothèses auditives non remboursées par l'AMO	100 €/an**	150 €/an**	200 €/an**	200 €/an**	200 €/an**
PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES					
Automédication en pharmacie (sur présentation d'une facture acquittée et nominative)[10]	20 €/an**	30 €/an**	50 €/an**	70 €/an**	80 €/an**
Praticiens santé non remboursés par l'AMO sur présentation d'une facture acquittée mentionnant le numéro RPPS du professionnel de santé et le nom du bénéficiaire des actes ou prestations : consultation ostéopathie	100 €/an** **(limité à 60 € par séance)**	180 €/an** **(limité à 60 € par séance)**	240 €/an** **(limité à 60 € par séance)**	300 €/an** **(limité à 60 € par séance)**	300 €/an** **(limité à 60 € par séance)**
Praticiens santé non remboursés par l'AMO sur présentation d'une facture acquittée mentionnant le numéro RPPS du professionnel de santé et le nom du bénéficiaire des actes ou prestations : consultation acupuncteur, étiopathe, diététicien, chiropracteur, homéopathe, pédicure-podologue, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien (avec diplôme d'état)	-	110 €/an**	150 €/an**	200 €/an**	200 €/an**
Vaccin anti-grippe, autres vaccins non remboursés par l'AMO, traitement préventif antipaludique[11]	20 €/an**	35 €/an**	50 €/an**	70 €/an**	70 €/an**
Produits de sevrage tabagique remboursés ou non par l'AMO (sur présentation d'une facture aquittée)	50 €/an**	65 €/an**	70 €/an**	100 €/an**	100 €/an**
Forfait sport (sur présentation d'une facture acquittée)	-	50 €/an**	100 €/an**	100 €/an**	100 €/an**
Sport sur ordonnance pour bénéficiaire en Affection Longue Durée (ALD) (sur présentation d'une ordonnance et d'une facture acquittée)	-	50 €/an**	100 €/an**	120 €/an**	120 €/an**
Produits d'homéopathie (sur présentation d'une ordonnance et d'une facture acquittée)	-	20 €/an**	30 €/an**	40 €/an**	40 €/an**
Contraception non remboursée par l'AMO (pilule, anneau vaginal, préservatif, spermicides, implants, patch) (sur présentation d'une facture acquittée)	30 €/an**	50 €/an**	80 €/an**	100 €/an**	100 €/an**
Prévention remboursée par l'AMO	100 %*	100 %*	100 %*	100 %*	100 %*
ALLOCATIONS					
Naissance et adoption (sous conditions - voir la notice d'information) (par enfant)	100 €	350 €	350 €	350 €	400 €
SERVICES					
Mutuaide Assistance — Assistance (voir la notice d'information)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
SANTÉCLAIR MON REPÈRE SANTÉ — Services et réseaux de professionnels de santé Santéclair	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Club Avantages — Club Avantages (réductions sur cinéma, billetterie, loisirs…)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

* si remboursé par l'AMO
** correspond à l'année civile et concerne uniquement les forfaits en €.

SANTÉCLAIR

Optique

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

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

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

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

Dentaire

Chez les chirurgiens-dentistes partenaires Santéclair[#1] :

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

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

Téléconsultation

Consultez un médecin généraliste ou spécialiste en vidéo, 24h/24 et 7j/7.
Sans frais et autant de fois que nécessaire.

Médecines douces

Chez les diététiciens, ostéopathes et chiropracteurs partenaires Santéclair[#1] :

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

Audioprothèse

Chez tous les audioprothésistes partenaires Santéclair[#1] :

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

#1 Coordonnées consultables sur le site ou l'application MySantéclair accessibles à partir de l'espace adhérent MGC (mutuellemgc.fr) ou l'application MGC, ou en contactant votre conseiller MGC.
#2 Par rapport aux tarifs habituellement pratiqués hors réseau Santéclair, à actes et matériaux identiques. Étude Santéclair sur les devis analysés en 2022. Le pourcentage de réduction varie selon les références.

> Suite du tableau page suivante >

Conditions de remboursement

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

> Le remboursement de vos soins se fait toujours dans la limite de la dépense engagée : votre remboursement total (AMO + MGC) ne peut pas être supérieur au montant que vous avez dépensé.

> Dans le cadre des contrats responsables, la mutuelle MGC ne vous rembourse pas les franchises médicales et la participation forfaitaire de 2 € sur les consultations.

> La mutuelle MGC ne rembourse pas les soins et les actes médicaux dont le fait générateur (date de la prescription médicale, date des soins, date de facturation...) intervient avant la date d'effet de l'adhésion

> La mutuelle MGC ne rembourse pas les montants au-delà des prix limites de vente ou honoraires limites de facturation pour les soins et actes relevant du panier « 100 % santé » ou du panier « honoraires maîtrisés».

Légendes du tableau

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

2 - Consultations effectuées auprès d'un psychologue conventionné et référencé dans l'annuaire mis en ligne sur le site Mon soutien psy (https://monsoutienpsy.ameli.fr/recherche-psychologue).
Pour bénéficier de la prise en charge de ces séances d'accompagnement psychologique, l'assuré doit :

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

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

4 - Le Grand appareillage comprend les dispositifs médicaux suivants :

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

Les dispositifs médicaux qui ne sont pas inclus dans le Grand appareillage relèvent du Petit appareillage.
Il s'agit : des dispositifs médicaux et matériels de maintien à domicile et d'aide à la vie ; des dispositifs médicaux, matériels et produits pour le traitement de pathologies spécifiques ; des orthèses ; des matériels de contention ; des aliments diététiques et des articles pour pansements.

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

6 - Concernant spécifiquement la chambre particulière en soins de suite et de réadaptation, celle-ci doit être prise au sein d'une structure figurant dans l'annuaire du site sanitaire-social.com, répertoriant la liste complète des centres de Soins de Suite et de Réadaptation.
En cas d'hospitalisation du membre participant ou de son ayant droit bénéficiaire, la mutuelle MGC prend en charge les frais de location d'un téléviseur ou ceux afférents à un forfait internet (Wifi) dans le cadre d'un forfait journalier à hauteur de 4,10 euros, **pour une durée maximale de 30 jours par hospitalisation**, et dans la limite de la dépense réelle. Cette garantie est accessible dès lors qu'il y a hospitalisation, sans limitation quant au nombre d'hospitalisations dans l'année.

7 - Les cures thermales, non médicalement justifiées, ne donnent pas lieu à versement de prestations par la mutuelle MGC.

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

9 - Tels que définis réglementairement.

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

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

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

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

Anxiété, troubles du sommeil, dépression légère : Anxemil, Arkogelules Eschscholtzia, Arkogelules Valeriane, Biocarde, *Biomag*, Cardiocalm, Donormyl, ***Doxylamine***, Euphytose, *Gelsemium Complex N°70 Lehning*, Granions de Lithium, *Homeogene 46*, *L72*, Lidene, Oligosol Lithium, *Passiflora Compose*, Passiflorine, Santamed N9, *Sedatif PC*, Sedinax, Somnidoron, Spasmine, *Stressdoron*, *Valeflor*, *Zenalia*

Troubles digestifs > diarrhée : Diaretyl, Diarfix, Diastrolib, Imodiumcaps, Imodiumduo, Imodiumlingual, Imodiumliquicaps, ***Loperamide***, ***Racecadotril***, Tiorfast

Troubles digestifs > constipation : Duphalac, Eductyl, Forlax, Huile de paraffine, Importal, ***Lactulose***, Lansoyl, ***Macrogol***, Melaxose, Movicol, Parapsyllium, Psylia, Psyllium, Restrical, Sorbitol, Spagulax, Transipeg, Transipeglib, Transulose

Troubles digestifs > digestion difficile : Acticarbine, Arginine Veyron, Carbolevure, *Carominthe*, Chophytol, ***Citrate de Betaine***, *Gastrocynesine*, *Nux Vomica composé*, Oddibil, Oxyboldine, Sorbitol, Sulfarlem

Troubles digestifs > ballonnements : Acticarbine, Bolinan, Carbactive, Carbolevure, Carbosylane, Carbosymag, Charbon de Belloc, *L114 Lehning*, Meteospasmyl, Oxyboldine, Pepsane, Polysilane, Rennie Deflatine, Siligaz

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

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

Panier petite enfance

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

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

Poussées dentaires : Calmosine, Camilia, Dentinea, Dolodent

Panier autotest et surveillance

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

Dépistage infection urinaire : Uritest, Exacto infection urinaire

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

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

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

Quelques exemples de remboursement

Bien comprendre le tableau des garanties est primordial. Pour vous aider, vous disposez ici de plusieurs exemples de remboursement, en vigueur au 01/01/2026, calculés pour un affilié au régime général de l'assurance maladie.
Dans le cas d'un remboursement exprimé en %, gardez toujours en tête que le remboursement se calcule selon le tarif donné par l'Assurance Maladie Obligatoire (la base de remboursement : BR) et non selon le prix pratiqué par le professionnel de santé.
Les % indiqués sur le tableau de garanties correspondent au remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et de la mutuelle MGC pour un affilié au régime général.
Les remboursements de la mutuelle MGC se limitent à la dépense engagée. Par exemple, si le coût d'une chambre particulière est de 60€, le remboursement de la mutuelle MGC, même si la garantie prévoit un remboursement de 70€, n'ira pas au-delà de 60€. Un tableau de garanties annonçant un remboursement à 200% signifie que le remboursement AMO + MGC sera égal à 2 fois la BR.
Les exemples correspondent aux remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et de la mutuelle MGC dans le respect du parcours de soins. Ils sont calculés en fonction des tarifs de l'AMO en vigueur au 01/01/2026.
Le remboursement des honoraires des médecins dépend de leur adhésion à l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) : dispositif de pratique tarifaire maîtrisée visant à encadrer les dépassements d'honoraires dans le but d'améliorer l'accès aux soins des patients. L'OPTAM-CO est un dispositif similaire à celui de l'OPTAM destiné aux Chirurgiens et Obstétriciens.

		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	Renfort
SOINS COURANTS						
1	**Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans en secteur 1.**					
	Dépense (Tarif conventionnel)	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00
	Remboursement AMO (Régime général)	19,00	19,00	19,00	19,00	19,00
	Remboursement MGC	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00
	Reste à charge (RAC)	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**
	Précisions : Le RAC comprend la participation forfaitaire de 2 € laissée à votre charge par l'AMO					
2	**Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans en secteur 1.**					
	Dépense (Tarif conventionnel)	35,00	35,00	35,00	35,00	35,00
	Remboursement AMO (Régime général)	24,50	24,50	24,50	24,50	24,50
	Remboursement MGC	10,50	10,50	10,50	10,50	10,50
	Reste à charge (RAC)	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
3	**Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans (médecin adhérent OPTAM ou OPTAM-co).**					
	Dépense (Tarif conventionnel)	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00
	Remboursement AMO (Régime général)	24,50	24,50	24,50	24,50	24,50
	Remboursement MGC	10,50	25,50	25,50	25,50	25,50
	Reste à charge (RAC)	**15,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
4	**Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans en secteur 2 (médecin non adhérent OPTAM ou OPTAM-co).**					
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	62,00	62,00	62,00	62,00	62,00
	Remboursement AMO (Régime général)	16,10	16,10	16,10	16,10	16,10
	Remboursement MGC	6,90	13,80	25,30	29,90	29,90
	Reste à charge (RAC)	**39,00**	**32,10**	**20,60**	**16,00**	**16,00**
5	**Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans en ophtalmologie en secteur 1.**					
	Dépense (Tarif conventionnel)	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00
	Remboursement AMO (Régime général)	26,00	26,00	26,00	26,00	26,00
	Remboursement MGC	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00
	Reste à charge (RAC)	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**
	Précisions : Le RAC comprend la participation forfaitaire de 2 € laissée à votre charge par l'AMO					
6	**Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans en ophtalmologie en secteur 2 (médecin non adhérent OPTAM ou OPTAM-co).**					
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	66,00	66,00	66,00	66,00	66,00
	Remboursement AMO (Régime général)	14,10	14,10	14,10	14,10	14,10
	Remboursement MGC	6,90	13,80	25,30	29,90	29,90
	Reste à charge (RAC)	**45,00**	**38,10**	**26,60**	**22,00**	**22,00**
	Précisions : Le RAC comprend la participation forfaitaire de 2 € laissée à votre charge par l'AMO					
7	**Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans en gynécologie (médecin adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)**					
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	53,00	53,00	53,00	53,00	53,00
	Remboursement AMO (Régime général)	26,00	26,00	26,00	26,00	26,00
	Remboursement MGC	12,00	25,00	25,00	25,00	25,00
	Reste à charge (RAC)	**15,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**	**2,00**
	Précisions : Le RAC comprend la participation forfaitaire de 2 € laissée à votre charge par l'AMO					

Suite du tableau page suivante >

		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	Renfort
8	**Matériel médical : achat d'une paire de béquilles**					
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	26,71	26,71	26,71	26,71	26,71
	Remboursement AMO (Régime général)	14,64	14,64	14,64	14,64	14,64
	Remboursement MGC	9,76	12,07	12,07	12,07	12,07
	Reste à charge (RAC)	**2,31**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
9	**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
	Remboursement AMO (Régime général)	4,92	4,92	4,92	4,92	4,92
	Remboursement MGC	44,88	44,88	44,88	44,88	44,88
	Reste à charge (RAC)	**3,00**	**3,00**	**3,00**	**3,00**	**3,00**
	Précisions : Le RAC comprend la franchise médicale de 1€ par boîte de médicament laissée à votre charge par l'AMO					
HOSPITALISATION						
10	**Forfait journalier hospitalier (hébergement).**					
	Dépense (Tarif réglementaire)	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00
	Remboursement AMO (Régime général)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Remboursement MGC	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00
	Reste à charge	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
11	**Chambre particulière en chirurgie pour 1 nuit (sur demande du patient).**					
	Dépense (Prix moyen en hôpital public)	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00
	Remboursement AMO (Régime général)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Remboursement MGC	40,00	60,00	60,00	60,00	60,00
	Reste à charge (RAC)	**20,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
	Précisions : La chambre particulière est soumise à un délai d'attente mentionné dans le tableau des garanties. Ce délai est supprimé si l'Adhérent était couvert par des garanties équivalentes à la date d'adhésion.					
	Séjours avec actes lourds, en secteur privé : opération chirurgicale de la cataracte					
12	**Frais de séjour en secteur privé. Séjours avec actes lourds, en secteur privé : opération chirurgicale de la cataracte.**					
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	838,98	838,98	838,98	838,98	838,98
	Remboursement AMO (Régime général)	814,98	814,98	814,98	814,98	814,98
	Remboursement MGC	24,00	24,00	24,00	24,00	24,00
	Reste à charge (RAC)	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
	Précisions : Le remboursement MGC comprend la participation forfaitaire de 24 € sur les actes lourds laissée à votre charge par l'AMO					
13	**Honoraires chirurgien (médecin adhérent OPTAM ou OPTAM-co). Séjours avec actes lourds, en secteur privé : opération chirurgicale de la cataracte.**					
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	443,00	443,00	443,00	443,00	443,00
	Remboursement AMO (Régime général)	271,70	271,70	271,70	271,70	271,70
	Remboursement MGC	0,00	171,30	171,30	171,30	171,30
	Reste à charge (RAC)	**171,30**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
	Précisions : Le remboursement MGC comprend la participation forfaitaire de 24 € sur les actes lourds laissée à votre charge par l'AMO					
14	**Honoraires chirurgien en secteur 2 (médecin non adhérent OPTAM ou OPTAM-co). Séjours avec actes lourds, en secteur privé : opération chirurgicale de la cataracte.**					
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	486,00	486,00	486,00	486,00	486,00
	Remboursement AMO (Régime général)	271,70	271,70	271,70	271,70	271,70
	Remboursement MGC	0,00	214,30	214,30	214,30	214,30
	Reste à charge (RAC)	**214,30**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
	Précisions : Le remboursement MGC comprend la participation forfaitaire de 24 € sur les actes lourds laissée à votre charge par l'AMO					
	Séjours sans acte lourd, en secteur public (les honoraires des médecins sont inclus dans les frais de séjour) : suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans					
15	**Frais de séjour en secteur public. Séjours sans acte lourd, en secteur public (les honoraires des médecins sont inclus dans les frais de séjour) : suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans.**					
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	3754,00	3754,00	3754,00	3754,00	3754,00
	Remboursement AMO (Régime général)	3003,20	3003,20	3003,20	3003,20	3003,20
	Remboursement MGC	750,80	750,80	750,80	750,80	750,80
	Reste à charge (RAC)	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

Suite du tableau page suivante >

		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	Renfort
OPTIQUE						
16	**Équipement optique de classe A (équipement 100% santé) : monture et verres simples.**					
	Dépense (Prix limite de vente)	115,00	115,00	115,00	115,00	115,00
	Remboursement AMO (Régime général)	20,70	20,70	20,70	20,70	20,70
	Remboursement MGC	94,30	94,30	94,30	94,30	94,30
	Reste à charge (RAC)	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
17	**Équipement optique de classe B (équipement hors 100% santé) : monture et verres simples.**					
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	372,00	372,00	372,00	372,00	372,00
	Remboursement AMO (Régime général)	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09
	Remboursement MGC	259,91	299,91	319,91	319,91	319,91
	Reste à charge (RAC)	**112,00**	**72,00**	**52,00**	**52,00**	**52,00**
18	**Équipement optique de classe A (équipement 100% santé) : monture et verres progressifs.**					
	Dépense (Prix limite de vente)	210,00	210,00	210,00	210,00	210,00
	Remboursement AMO (Régime général)	37,80	37,80	37,80	37,80	37,80
	Remboursement MGC	172,20	172,20	172,20	172,20	172,20
	Reste à charge (RAC)	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
19	**Équipement optique de classe B (équipement hors 100% santé) : monture et verres progressifs.**					
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	640,00	640,00	640,00	640,00	640,00
	Remboursement AMO (Régime général)	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09
	Remboursement MGC	399,91	499,91	585,91	585,91	585,91
	Reste à charge (RAC)	**240,00**	**140,00**	**54,00**	**54,00**	**54,00**
20	**Lentilles non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.**					
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	Remboursement AMO (Régime général)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Remboursement MGC	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	Reste à charge (RAC)	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
21	**Chirurgie réfractive : opération corrective de la myopie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire.**					
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00
	Remboursement AMO (Régime général)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Remboursement MGC	250,00	500,00	600,00	600,00	600,00
	Reste à charge (RAC)	**350,00**	**100,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
DENTAIRE						
22	**2 soins (hors soins et prothèses 100% santé) : détartrage...**					
	Dépense (Tarif conventionnel)	43,38	43,38	43,38	43,38	43,38
	Remboursement AMO (Régime général)	26,03	26,03	26,03	26,03	26,03
	Remboursement MGC	17,35	17,35	17,35	17,35	17,35
	Reste à charge (RAC)	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
23	**Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé).**					
	Dépense (Honoraire limite de facturation)	515,00	515,00	515,00	515,00	515,00
	Remboursement AMO (Régime général)	72,00	72,00	72,00	72,00	72,00
	Remboursement MGC	443,00	443,00	443,00	443,00	443,00
	Reste à charge (RAC)	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
24	**Couronne céramo-métallique sur molaires (hors soins et prothèses 100% santé).**					
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	561,99	561,99	561,99	561,99	561,99
	Remboursement AMO (Régime général)	72,00	72,00	72,00	72,00	72,00
	Remboursement MGC	168,00	288,00	348,00	408,00	408,00
	Reste à charge (RAC)	**321,99**	**201,99**	**141,99**	**81,99**	**81,99**
	Précisions : Les prothèses dentaires sont soumises à un plafond de remboursement mentionné dans le tableau des garanties					
25	**Orthodontie (moins de 16 ans) : traitement par semestre (6 max).**					
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	714,10	714,10	714,10	714,10	714,10
	Remboursement AMO (Régime général)	193,50	193,50	193,50	193,50	193,50
	Remboursement MGC	193,50	387,00	483,75	520,60	520,60
	Reste à charge (RAC)	**327,10**	**133,60**	**36,85**	**0,00**	**0,00**

Suite du tableau page suivante >

		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	Renfort
26	**Implant dentaire non pris en charge par l'AMO à 1100 € et couronne sur implant prise en charge par l'AMO à 540 € (prothèse céramométallique sur dent visible) par un implantologue du réseau santéclair appliquant des tarifs négociés aux adhérents des mutuelles affiliées à Santéclair.**					
	Dépense (Prix négocié dans le réseau Santéclair)	1640,00	1640,00	1640,00	1640,00	1640,00
	Remboursement AMO (Régime général)	64,50	64,50	64,50	64,50	64,50
	Remboursement MGC	150,50	658,00	1111,75	1365,50	1465,50
	Reste à charge (RAC)	**1425,00**	**917,50**	**463,75**	**210,00**	**110,00**
AIDES AUDITIVES						
27	**Aide auditive de classe I par oreille pour une personne de + de 20 ans (équipement 100% santé).**					
	Dépense (Prix limite de vente)	950,00	950,00	950,00	950,00	950,00
	Remboursement AMO (Régime général)	240,00	240,00	240,00	240,00	240,00
	Remboursement MGC	710,00	710,00	710,00	710,00	710,00
	Reste à charge (RAC)	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
28	**Aide auditive de classe II par oreille.**					
	Dépense (Prix moyen national de l'acte)	1515,00	1515,00	1515,00	1515,00	1515,00
	Remboursement AMO (Régime général)	240,00	240,00	240,00	240,00	240,00
	Remboursement MGC	260,00	610,00	1010,00	1275,00	1275,00
	Reste à charge (RAC)	**1015,00**	**665,00**	**265,00**	**0,00**	**0,00**
PRÉVENTION ET MÉDECINES ALTERNATIVES						
29	**4 séances d'ostéopathie (50 € par séance non prise en charge par l'amo), par un ostéopathe du réseau santéclair appliquant des prix négociés aux adhérents des mutuelles affiliées à santéclair.**					
	Dépense	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00
	Remboursement AMO (Régime général)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Remboursement MGC	100,00	180,00	200,00	200,00	200,00
	Reste à charge (RAC)	**100,00**	**20,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
30	**Plusieurs achats en automédication de paracétamol, antalgiques, etc. présents sur la liste des médicaments pris en charge par la MGC, générant une dépense totale de 55€ sur l'année, non prise en charge par l'AMO.**					
	Dépense	55,00	55,00	55,00	55,00	55,00
	Remboursement AMO (Régime général)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Remboursement MGC	20,00	30,00	50,00	55,00	55,00
	Reste à charge	**35,00**	**25,00**	**5,00**	**0,00**	**0,00**

Mes remboursements en clair

100 % qu'est-ce que ça veut dire ?

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

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

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

100 % ne signifie pas que votre dépense sera intégralement remboursée

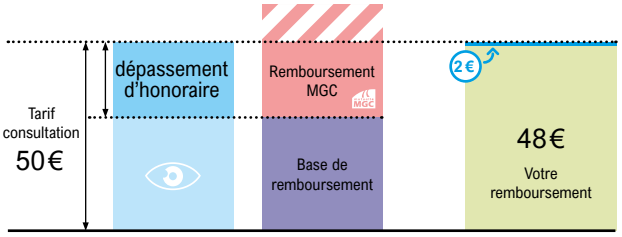
De nombreux soins et équipements (consultations, lunettes...) sont facturés librement par les praticiens. Les prix peuvent dépasser le tarif défini par l'AMO. On parle alors de dépassement d'honoraires. Ce dernier n'est pas pris en charge par l'AMO mais il peut l'être par la mutuelle MGC si votre garantie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

Quelle prise en charge de vos dépassements ?

Vous consultez un ophtalmologue.

- Son tarif de consultation est de 50 €.
- La Base de Remboursement de l'AMO (BR) est fixée à 31,50 €.
- La différence de 18,50 € entre le prix de la consultation et la base de remboursement est appelée le « dépassement d'honoraires ».

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



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

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

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

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

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

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

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

Pourquoi choisir la mutuelle MGC ?

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

Se soigner plus facilement

> **Téléconsultation médicale** : Consultez un médecin 24h/24 et 7j/7, où que vous soyez, sans avance de frais.

> **Deuxième avis médical** : Bénéficiez de l'avis d'un médecin expert pour vous aider à prendre les bonnes décisions face à un diagnostic ou un traitement important.

> **Réseau de soins Santéclair** : Accédez à un réseau de professionnels de santé sélectionnés (optique, dentaire, audiologie, médecins, paramédicaux et médecines douces) pour bénéficier de tarifs négociés et limiter votre reste à charge.

Être accompagné au quotidien

> **Analyse de devis :** analyse de devis de santé pour être conseillé avant de s'engager et optimiser ses dépenses.

> **MGC-Assistance 24h/24 et 7j/7 :** En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation, une assistance à domicile et des solutions adaptées à chaque situation, selon les conditions prévues au contrat[1].

> **Aide et orientation santé :** Un accompagnement pour trouver rapidement le professionnel ou le service le plus adapté à son besoin.

Gérer sa mutuelle simplement

> **Espace adhérent en ligne :** Consultation des remboursements, accès aux documents, démarches, FAQ et suivi de son contrat en ligne.

> **Application mobile mutuelle MGC :** accès aux services essentiels depuis son téléphone portable : carte de tiers payant, remboursements, envoi de justificatifs et services en ligne.

Être bien informé et bien conseillé

> **Des conseillers mutuelle MGC à l'écoute :** Un accompagnement personnalisé par téléphone, par e-mail ou en agence, avec des conseillers basés en France et experts en complémentaire santé.

> **Des contenus et conseils santé :** Des contenus, conseils et services dédiés au bien-être pour aider vos salariés à devenir acteur de leur santé au quotidien ; programmes de prévention, conseils nutrition, activité physique, santé mentale, accompagnement des aidants…

Une mutuelle reconnue pour la qualité de son accompagnement

172 190 personnes **protégées**

91 % des adhérents prêts à recommander la MGC[2]

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

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

Une mutuelle indépendante et à but non lucratif

[1] Conditions décrites dans la notice d'information Assistance
[3] Enquête réalisée par l'institut INIT en novembre 2025

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

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

Produit :

SANTE COLLECTIVE TRANSPORT ROUTIER

Transports de Voyageurs / Transports de Marchandises – 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.

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et dans certains cas, pour couvrir des garanties non prises en charge par le régime obligatoire. Le produit est constitué d'un Socle Entreprise (de Niveau 1, 2, 3 ou 4 pour les entreprises relevant du secteur du transport routier de voyageurs – de Niveau 2, 3 ou 4 - pour les entreprises relevant du secteur du transport routier de marchandises) souscrit par l'employeur au bénéfice de ses salariés affiliés à titre obligatoire et pouvant être étendu, également à titre obligatoire, aux ayants droit des salariés. A défaut d'extension obligatoire aux ayants droit, le bénéfice de ce Socle Entreprise peut leur être étendu au moyen d'une affiliation facultative. L'adhésion à une Option facultative (Niveau 2, 3, 4 ou Renfort) permet, le cas échéant, d'améliorer le Socle Entreprise. Les Niveaux 1 à 4 du produit Santé Collective Transport Routier sont conformes à l'accord du 24 mai 2011 relatif à la prévoyance (TRV) et les Niveaux 2 à 4, à l'accord du 1er octobre 2012 relatif à la protection santé (TRM) de la branche du transport. Le renfort est également conforme aux accords précités. Excepté le renfort, les garanties sont « solidaires et responsables », conformes au panier de soins, et s'inscrivent dans la réforme du 100 % Santé.

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 :** honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoires, médicaments, matériel médical, transport remboursé par l'AMO, participation forfaitaire sur les actes lourds
- ✓ **Hospitalisation :** honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement, forfait patient urgences, participation forfaitaire sur les actes lourds
- ✓ **Optique :** équipement 100 % santé, équipement entrant dans le panier libre, lentilles de contact, chirurgie réfractive
- ✓ **Dentaire :** soins, soins et prothèses 100 % santé, prothèses, orthodontie, parodontologie, implantologie remboursée
- ✓ **Aides auditives :** équipement 100 % santé, équipement entrant dans le panier libre, accessoires et fournitures des prothèses auditives
- ✓ **Prévention :** automédication en pharmacie, vaccins, produits de sevrage tabagique, contraceptifs non remboursés par l'AMO, actes de prévention pris en charge par l'AMO, ostéopathie
- ✓ **Allocation :** allocation naissance / adoption
- ✓ **Cure thermale** dans les conditions prévues au tableau de garanties

Les garanties optionnelles

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

Dentaire : implantologie non remboursée par l'AMO

Prévention et médecines douces : praticiens non remboursés par l'AMO, forfait sport, sport sur ordonnance, produits d'homéopathie

Les services systématiquement prévus

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
- ✓ Service d'analyse de devis et conseil
- ✓ Téléconsultation médicale 7J/7 24H/24
- ✓ Action sociale

L'assistance systématiquement prévue

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

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

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

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

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

Principales exclusions

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

Principales restrictions

- ! **Optique :** prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour les moins de 16 ans, et à 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à leur visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.
- ! **Aides auditives :** participation limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans à compter de la date de la dernière facturation et pour les appareils relevant du panier libre dans la limite de 1700 euros par appareil (dont ticket modérateur et participation AMO).
- ! **Médecines alternatives :** prise en charge des consultations d'ostéopathie allant de 100 € à 300 € par an dans la limite de 60 € par séance.

Où suis-je couvert ?

✓ En France et à l'étranger.

✓ Les soins engagés à l'étranger sont remboursés sur la base du remboursement de l'AMO française, uniquement dans les cas ou cette dernière intervient, et dans la limite du ticket modérateur.

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

À la souscription du contrat :

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

En cours de contrat :

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

Quand et comment effectuer les paiements ?

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

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

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

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

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

Comment puis-je résilier le contrat ?

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

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

STATUTS

(validés par l'assemblée générale du 12 juin 2026)

En vigueur au 1er juillet 2026

TITRE I - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE 19
CHAPITRE I - FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE 19
CHAPITRE II - CONDITIONS D'ADHÉSION – ORGANISATION TERRITORIALE– CONDITIONS DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION 20
SECTION 1 – ADHÉSION 20
SECTION 2 – ORGANISATION TERRITORIALE 20
SECTION 3 – DÉMISSION - RADIATION - EXCLUSION 20
TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE 21
CHAPITRE I - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 21
SECTION 1 – COMPOSITION, ÉLECTION 21
SECTION 2 – RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 22
CHAPITRE II - CONSEIL D'ADMINISTRATION 23
SECTION 1 – COMPOSITION – ÉLECTION 23
SECTION 2 – STATUT ET RÔLE DES ADMINISTRATEURS 24
SECTION 3 – RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 25
SECTION 4 – ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 25
CHAPITRE III - DIRECTION EFFECTIVE - PRÉSIDENT - BUREAU - DIRECTEUR GÉNÉRAL ... 26
SECTION 1 – DIRECTION EFFECTIVE 26
SECTION 2 – PRÉSIDENT 26
SECTION 3 – BUREAU 26
SECTION 4 – DIRECTEUR GÉNÉRAL 27
SECTION 5 – MANDATAIRE MUTUALISTE 27
CHAPITRE IV - ORGANISATION FINANCIÈRE 27
SECTION 1 – EXERCICE SOCIAL 27
SECTION 2 – PRODUITS ET CHARGES 27
SECTION 3 – COMITÉ D'AUDIT, RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE 27
SECTION 4 – COMMISSAIRES AUX COMPTES 28
TITRE III - INFORMATION DES ADHÉRENTS – RÉCLAMATIONS – MÉDIATION 28
TITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES 28

TITRE I - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I - FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

ARTICLE 1 – DÉNOMINATION DE LA MUTUELLE

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

ARTICLE 2 – SIÈGE DE LA MUTUELLE

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

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

ARTICLE 3 – OBJET DE LA MUTUELLE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3-7 – La Mutuelle se propose également de faire bénéficier ses membres participants des avantages qu'apportent l'affiliation de la Mutuelle à des organismes mutualistes tels que des fédérations ou des unions de mutuelles ou de groupes 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 ayant droits et les membres honoraires font l'objet de traitements nécessaires à l'exécution des présents statuts en vue de gérer la vie institutionnelle de la Mutuelle et de réaliser les opérations nécessaires à sa gouvernance.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECTION 1 – ADHÉSION

ARTICLE 9 – CATÉGORIES DE MEMBRES

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

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

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

ARTICLE 10 – MEMBRES PARTICIPANTS ET AYANTS DROIT

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

Les membres participants :

GROUPE 1 : Définition du membre participant

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

Les ayants droit bénéficiaires :

GROUPE 2 : Définition de l'ayant droit bénéficiaire

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

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

ARTICLE 11 – ADHÉSION INDIVIDUELLE

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

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

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

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

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

ARTICLE 12 – ADHÉSION DANS LE CADRE DE CONTRATS COLLECTIFS

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

SECTION 2 – ORGANISATION TERRITORIALE

ARTICLE 13 – CRÉATION

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

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

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

ARTICLE 14 – ADMINISTRATION

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

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

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

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

ARTICLE 15 – MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

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

SECTION 3 – DÉMISSION - RADIATION - EXCLUSION

ARTICLE 16 – DÉMISSION

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

- tous les ans, en notifiant à la Mutuelle sa démission deux mois avant la date d'échéance prévue au règlement mutualiste ou au contrat collectif. La démission prend effet le 1er jour de l'année suivante ;
- après expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion ou de la souscription, en notifiant lui-même ou en faisant notifier par son nouvel assureur, sa décision à la Mutuelle. La démission prend effet un mois après la réception de cette notification.

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

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

ARTICLE 17 – RADIATION

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

ARTICLE 18 – EXCLUSION

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

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

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

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

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

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

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

TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION 1 – COMPOSITION, ÉLECTION

ARTICLE 20 – COMPOSITION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 21 – ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS

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

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

En fonction du nombre de votes obtenus, les trois quarts supérieurs des délégués élus représenteront les délégués titulaires, le quart restant sera dénommé délégués suppléants.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour être valables, les candidatures doivent, au choix :

- être adressées au siège social de la Mutuelle o
  - par lettre recommandée avec avis de réception, le cachet de la poste faisant foi, ou
  - par tout moyen écrit sous réserve d'avoir reçu de la part de la Mutuelle une confirmation écrite de la bonne réception de la candidature,
- être déposées au siège social de la Mutuelle aux jours et heures ouvrés (dans les conditions définies à l'article 3 du Règlement Intérieur) contre récépissé de remise en main propre, jusqu'à 60 jours francs avant le jour du scrutin.

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

Cette procuration est nominative et incessible.

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

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

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

ARTICLE 21 BIS – DÉSIGNATION DES DÉLÉGUÉS

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

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

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

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

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

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

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

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

- être âgé de 18 ans révolus ;

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

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

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

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

ARTICLE 22 – DISPOSITIONS PROPRES AUX MINEURS

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

SECTION 2 – RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 23 – CONVOCATION ANNUELLE OBLIGATOIRE

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

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

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

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

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

ARTICLE 24 – AUTRES CONVOCATIONS

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

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

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

ARTICLE 25 – MODALITÉS DE CONVOCATION

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

ARTICLE 26 – ORDRE DU JOUR

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

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

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

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

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

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

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

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

I - DÉLIBÉRATIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE NÉCESSITANT UN QUORUM ET UNE MAJORITÉ SIMPLES POUR ETRE 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 délibérera valablement que si le nombre de délégués présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote électronique, si ce dispositif de vote est mis en place par le Conseil d'administration, est, au moins, égal au quart du total des délégués.

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

ARTICLE 28 – COMPÉTENCES DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 30 – DÉLÉGATION DE POUVOIRS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

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

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

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

CHAPITRE II - CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION 1 – COMPOSITION – ÉLECTION

ARTICLE 31 – COMPOSITION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 32 – CANDIDATURE À LA FONCTION D'ADMINISTRATEUR

32-1 – Conditions générales

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

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

c. Les déclarations de candidatures aux fonctions d'administrateur doivent être adressées avec le dossier permettant de s'assurer de la satisfaction par les candidats des conditions d'éligibilité telles que précisées à l'article 33 des statuts.

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

e. Le dossier de candidature repris à l'article 33 bis doit être adressé par lettre recommandée avec accusé de réception ou remis en main propre contre récépissé au 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,
- justifier d'au moins trois ans d'ancienneté continue au sein de la Mutuelle,
- être âgés de 18 ans révolus,
- être à jour de leurs cotisations,
- ne pas exercer ou avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection,
- satisfaire aux exigences de l'article L.114-21 du Code de la mutualité relatives à :
  - l'honorabilité : par la production d'un extrait de casier judiciaire vierge et d'une attestation sur l'honneur assurant du respect des conditions d'honorabilité et de solidité financière ;
  - à l'expérience et à la compétence : cette dernière pouvant être démontrée par les formations suivies et l'expérience du membre et pouvant être présumée notamment à raison de l'expérience acquise et de l'expérience justifiée par l'exercice d'une fonction mutualiste dans un comité local de la Mutuelle,
- être âgés de moins de soixante-dix ans au jour de leur élection.

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

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

ARTICLE 33 BIS – CONSTITUTION DU DOSSIER DE CANDIDATURE

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

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

ARTICLE 34 – MODALITÉS DE L'ÉLECTION

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

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

ARTICLE 35 – DURÉE ET CESSATION DU MANDAT

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 36 – RENOUVELLEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

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

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

ARTICLE 37 – VACANCE - COOPTATION

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

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

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

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

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

SECTION 2 – STATUT ET RÔLE DES ADMINISTRATEURS

ARTICLE 38 – RÔLE DES ADMINISTRATEURS DE LA MUTUELLE

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

ARTICLE 39 – INDEMNITÉS VERSÉES – REMBOURSEMENT DES FRAIS AUX ADMINISTRATEURS

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

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

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

ARTICLE 40 – SITUATIONS ET COMPORTEMENTS INTERDITS AUX ADMINISTRATEURS

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

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

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

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

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

ARTICLE 41 – OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS - SUIVI PÉRIODIQUE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 44 – CONVENTIONS INTERDITES

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

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

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

ARTICLE 45 – RESPONSABILITÉ CIVILE DES ADMINISTRATEURS

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

ARTICLE 45 BIS - HONORARIAT

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

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

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

SECTION 3 – RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 46 – RÉUNIONS

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 47 – REPRÉSENTATION DES SALARIÉS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

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

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

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

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

ARTICLE 48 – ÉLECTION DES REPRÉSENTANTS DES SALARIES – INCOMPATIBILITÉS

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 49 – DÉLIBÉRATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

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

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

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

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

SECTION 4 – ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 50 – COMPÉTENCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

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

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

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

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

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

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

51-1 – Dans le respect des textes législatifs et réglementaires, le Conseil d'administration délègue, sous sa responsabilité et son contrôle, à son Président et au Directeur général, au Vice-président délégué en cas d'empêchement ou d'absence temporaire du Président du Conseil d'administration et le temps de cette indisponibilité, ainsi qu'à tout autre dirigeant effectif éventuellement nommé dans les conditions prévues par l'article 50-3 des présents Statuts, les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle.

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

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

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

SECTION 1 – DIRECTION EFFECTIVE

ARTICLE 52 – DIRECTION EFFECTIVE

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

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

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

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

SECTION 2 – PRÉSIDENT

ARTICLE 53 – ÉLECTION ET RÉVOCATION

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

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

53-3 – Il est rééligible.

53-4 – Les déclarations de candidature aux fonctions de Président du Conseil d'administration doivent être envoyées au siège de la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception ou remises en main propre auprès du Secrétariat général contre récépissé de dépôt huit jours francs au moins avant la date de l'élection.

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

ARTICLE 54 – VACANCE

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

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

ARTICLE 55 – ATTRIBUTIONS

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

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

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

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

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

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

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

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

SECTION 3 – BUREAU

ARTICLE 56 – ÉLECTION

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

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

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

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

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

ARTICLE 57 – COMPOSITION

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

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

ARTICLE 58 – RÉUNIONS ET DÉLIBÉRATIONS

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

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

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

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

SECTION 4 – DIRECTEUR GÉNÉRAL

ARTICLE 59 – NOMINATION – ATTRIBUTIONS

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

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

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

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

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

SECTION 5 – MANDATAIRE MUTUALISTE

ARTICLE 60 – NOMINATION – ATTRIBUTIONS

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

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

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

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

60-5 – Peuvent bénéficier de ce statut :

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

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

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

CHAPITRE IV - ORGANISATION FINANCIÈRE

SECTION 1 – EXERCICE SOCIAL

ARTICLE 61 – EXERCICE SOCIAL

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

SECTION 2 – PRODUITS ET CHARGES

ARTICLE 62 – PRODUITS

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

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

ARTICLE 63 – CHARGES

63-1 – Les charges comprennent :

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

ARTICLE 64 – VÉRIFICATIONS PRÉALABLES

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

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

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

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

ARTICLE 66 – APPORTS ET TRANSFERTS FINANCIERS

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

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

ARTICLE 67 –COMITÉ D'AUDIT

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 68 – PLACEMENT ET RETRAIT DES FONDS

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

ARTICLE 69 – RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE

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

ARTICLE 70 – SYSTÈME DE GARANTIE

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

SECTION 4 – COMMISSAIRES AUX COMPTES

ARTICLE 71 – COMMISSAIRES AUX COMPTES

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

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

71-3 – Les commissaires aux comptes, notamment :

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

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

TITRE III - INFORMATION DES ADHÉRENTS – RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

ARTICLE 72 – ÉTENDUE DE L'INFORMATION

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

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

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

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

72-4 – Le membre participant est informé :

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

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

ARTICLE 73 –RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

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

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

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

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

Les réclamations peuvent lui être adressées comme suit :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 74 – DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION

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

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

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

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

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

Patrick JUDE

Président du Conseil d'administration

Conditions Générales

Santé Collective Transport Routier

Complémentaire santé obligatoire

Applicables au 1er janvier 2027

Sommaire

PRÉAMBULE **31**
CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES **31**
ARTICLE 1 – OBJET ET NATURE DES GARANTIES – ARCHITECTURE CONTRACTUELLE .. 31
ARTICLE 2 – INTERVENANTS AU CONTRAT – ÉLECTION DE DOMICILE 31
ARTICLE 3 – VIE DU CONTRAT 31
ARTICLE 4 – AFFILIATION AUX GARANTIES OBLIGATOIRES DU SOCLE ENTREPRISE (SOCLE NIVEAU 1, SOCLE NIVEAU 2, SOCLE NIVEAU 3 OU SOCLE NIVEAU 4) 32
ARTICLE 5 – AFFILIATION DES AYANTS DROIT À L'EXTENSION FACULTATIVE DU SOCLE ENTREPRISE 32
ARTICLE 6 – ADHÉSION AUX OPTIONS FACULTATIVES – CHANGEMENT D'OPTION FACULTATIVE 32
ARTICLE 7 – OBLIGATIONS D'INFORMATION 33
ARTICLE 8 – PRESCRIPTION 34
ARTICLE 9 – SUBROGATION / RECOURS CONTRE TIERS 34
ARTICLE 10 – RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION 34
ARTICLE 11 – CONTRÔLE MÉDICAL 34
ARTICLE 12 – FAUSSE DÉCLARATION 34
ARTICLE 13 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE 35
ARTICLE 14 – PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL ET OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE 35
CHAPITRE II – LES COTISATIONS **36**
ARTICLE 15 – TAUX ET MONTANTS DE COTISATIONS 36
ARTICLE 16 – ÉVOLUTION DES COTISATIONS 36
ARTICLE 17 – APPEL DES COTISATIONS – MODALITÉS DE RÈGLEMENT DES COTISATIONS 36
ARTICLE 18 – RÉGULARISATION DES COTISATIONS 36
ARTICLE 19 – DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS 36
CHAPITRE III – LES PRESTATIONS **36**
ARTICLE 20 – OBJET ET ÉTENDUE DE LA GARANTIE 36
ARTICLE 21 – CONFORMITÉ AUX CRITÈRES DES CONTRATS RESPONSABLES 37
ARTICLE 22 – FONDS DE SOLIDARITÉ OLIVIER – SERVICES ASSOCIÉS 38
ARTICLE 23 – DATE D'EFFET DE LA COUVERTURE 38
ARTICLE 24 – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS / PIÈCES JUSTIFICATIVES / TÉLÉTRANSMISSION / TIERS PAYANT 39
ARTICLE 25 – FIN DE LA COUVERTURE 39
ARTICLE 26 – MAINTIEN DE GARANTIES 40
ANNEXE I – GLOSSAIRE **41**
I. GLOSSAIRE – CONDITIONS GÉNÉRALES 41
II. GLOSSAIRE – PRESTATIONS 42

PRÉAMBULE

Par divers accords spécifiques, les partenaires sociaux de la branche des transports routiers et activités auxiliaires du transport relevant de la Convention Collective Nationale IDCC 16, ont instauré un régime collectif obligatoire de remboursement complémentaire de frais de santé dont bénéficient les salariés des entreprises relevant du champ professionnel desdits accords.

Le présent contrat collectif d'assurance complémentaire santé à Affiliation obligatoire avec extension facultative aux Ayants droit et options complémentaires facultatives, s'adresse aux :

- Entreprises du secteur du transport routier de voyageurs, qui relèvent de l'accord du 24 mai 2011, tel que modifié par avenant n°1 du 1er octobre 2015 ;
- Entreprises du secteur du transport routier de marchandises, qui relèvent de l'accord du 1er octobre 2012, tel que modifié par avenant n°1 du 8 septembre 2015, avenant n°2 du 11 février 2020, avenant n°3 du 3 février 2022 et en dernier lieu par avenant n°4 du 13 avril 2026.

CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 – OBJET ET NATURE DES GARANTIES – ARCHITECTURE CONTRACTUELLE

1.1 Objet et nature des garanties

Le présent contrat (ci-après le « Contrat ») a pour objet de compléter le remboursement des frais de santé effectué par un régime obligatoire d'assurance maladie (ci-après « AMO »), en prenant en compte les besoins spécifiques des salariés de la branche des transports routiers et activités auxiliaires du transport, qui sont employés dans des entreprises de transport de marchandises ou de transport de voyageurs.

Les garanties prévues par le Contrat ont été élaborées conjointement par la Mutuelle Entrain et la Mutuelle Générale des Cheminots (MGC), mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 678 550 dont le siège social est situé 2 et 4 place de l'Abbé Georges Hénocque, 75013 Paris, et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, ACPR, située 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09. La collaboration des deux mutuelles a permis la construction de la présente offre commune, étant toutefois précisé qu'il n'y a pas de co-assurance ni de réassurance.

Sont admises à la souscription du Contrat les entreprises relevant à la fois de la Convention Collective Nationale des transports routiers et activités auxiliaires du transport (ci-après « CCN IDCC 16 ») et des accords spécifiques à la couverture frais de santé visés ci-dessus au préambule du Contrat.

Le Contrat répond :

- aux exigences du panier de soins dit « minimal » prévu par l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, telles que définies aux articles L.911-7 et D.911-1 du Code de la sécurité sociale, et
- au cahier des charges des contrats responsables, édicté aux articles L.871-1 et R.871-1 et suivant du Code de la Sécurité sociale.

Ainsi, le Contrat est à la fois « solidaire et responsable », « ANI compatible » et conforme aux accords visés au préambule ci-dessus.

Les garanties prévues au Contrat se composent :

- d'un socle de base minimum, dénommé « Socle Entreprise », mis en place par l'entreprise souscriptrice (ci-après le « Souscripteur » ou l'« Entreprise ») de manière obligatoire, pour l'ensemble des salariés du groupe assuré et éventuellement leurs ayants droit. Le choix du Socle Entreprise est fait par le Souscripteur dans le bulletin de souscription du Contrat parmi 4 niveaux proposés par la Mutuelle, à savoir :
  - pour les entreprises relevant du secteur du transport routier de voyageurs : Niveau 1, Niveau 2, Niveau 3 ou Niveau 4 ;
  - pour les entreprises relevant du secteur du transport routier de marchandises : Niveau 2, Niveau 3 ou Niveau 4.
- d'une ou plusieurs options complémentaires facultatives sélectionnées par le Souscripteur et figurant dans le bulletin de souscription (dénommées « Options facultatives »), destinées à améliorer les garanties du Socle Entreprise.

  Les Options facultatives, ouvertes à l'adhésion facultative des salariés et entièrement à leur charge, peuvent être souscrites ainsi qu'il suit :
  - Si le Souscripteur opte pour le Socle Entreprise Niveau 1 (cas réservé aux entreprises relevant du secteur du transport routier de voyageurs), le salarié peut, à titre facultatif, choisir l'Option facultative ou l'une des deux Options facultatives mentionnée(s) dans le Certificat de Souscription, lui permettant, selon le cas, d'atteindre le Niveau 2 ou le Niveau 3 de garanties ;
  - Si le Souscripteur opte pour le Socle Entreprise Niveau 2, le salarié peut, à titre facultatif, choisir l'Option facultative ou l'une des deux Options facultatives mentionnée(s) dans le Certificat de Souscription, lui permettant, selon le cas, d'atteindre le Niveau 3 ou le Niveau 4 de garanties ;
  - Si le Souscripteur opte pour le Socle Entreprise Niveau 3, le salarié peut, à titre facultatif, choisir uniquement l'Option facultative lui permettant d'atteindre le Niveau 4 de garanties ;
  - Si le Souscripteur opte pour le Socle Entreprise Niveau 4, le salarié peut, à titre facultatif, choisir uniquement l'Option facultative dénommée « Renfort », lui permettant d'améliorer le Niveau 4 de garanties.

En outre, si l'Entreprise choisit de ne pas couvrir les Ayants droit des salariés de manière obligatoire, le salarié a la possibilité d'étendre le bénéfice de ses garanties (Socle Entreprise et Option facultative) à ses Ayants droit tels que définis à l'Annexe I, selon les modalités précisées à l'article 5 ci-après.

Lorsque les Ayants droit des salariés ne sont pas inclus à titre obligatoire dans le Socle Entreprise, l'extension, à titre facultatif, des garanties du Socle Entreprise aux Ayants droit des salariés est dénommée « Extension facultative du Socle Entreprise ».

1.2 Architecture contractuelle

Le Contrat, régi par le Code de la mutualité et notamment son livre II, **se compose de deux parties indissociables** :

- **les présentes conditions générales (dénommées les « Conditions Générales »)**, qui définissent notamment le fonctionnement général du Contrat, les obligations respectives des parties contractantes, ainsi que l'ensemble des garanties pouvant être souscrites, et
- **le Certificat de Souscription**, qui matérialise la souscription du Contrat par le Souscripteur et précise notamment la date d'effet souhaitée, le Niveau de garanties choisi que le Souscripteur a décidé de mettre en place de manière collective et obligatoire pour ses salariés et, le cas échéant, leurs ayants droit, ainsi que les Options facultatives pouvant, selon les cas, être souscrites à titre facultatif par les salariés, et les cotisations y afférentes, etc.

En cas de contradiction entre les Conditions Générales et le Certificat de Souscription, ce dernier prévaudra.

ARTICLE 2 – INTERVENANTS AU CONTRAT – ÉLECTION DE DOMICILE

Les intervenants au Contrat sont :

- **Le Souscripteur**, à savoir l'entreprise signataire du bulletin de souscription. Le Souscripteur peut acquérir, conformément aux dispositions des statuts de la Mutuelle, la qualité de « membre honoraire » de la Mutuelle.
- **Les salariés du Souscripteur** affiliés au Contrat, qui bénéficient des prestations visées au Certificat de Souscription et en ouvrent le droit, le cas échéant, à leurs ayants droit. Par leur Affiliation au Contrat, les Salariés acquièrent la qualité de « Membres participants » de La Mutuelle et peuvent également être dénommés « adhérents ». Ils sont désignés ci-après les « Membres participants »).
- **La Mutuelle Générale des Cheminots (MGC)**, mutuelle régie par le code de la mutualité et soumise aux dispositions de son livre II et enregistrée au Répertoire SIRENE sous le numéro 775 678 550 (dénommée ci-après « MGC » ou la « Mutuelle »), qui est l'assureur des garanties proposées par le Contrat.

Pour les besoins de l'exécution du Contrat, le Souscripteur et la Mutuelle font élection de domicile en leurs sièges sociaux respectifs, aux adresses indiquées dans le bulletin de souscription.

ARTICLE 3 – VIE DU CONTRAT

3.1 Date d'effet et durée du Contrat

Le Contrat prend effet à la date indiquée au Certificat de Souscription.

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

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, par période d'un an, sauf résiliation dans les conditions fixées à l'article 3-4 ci-dessous.

3.2 Modification du Contrat

Sous réserve des stipulations de l'article 21.-3 du présent contrat, la modification du Contrat sera constatée par la notification des évolutions envisagées (prestations et/ou cotisations) ainsi que les présentes conditions générales mises à jour, le cas échéant, trois mois avant leur date d'entrée en vigueur. Le souscripteur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit ces propositions étant rappelé que le silence vaut acceptation. Les modifications seront par conséquent réputées acceptées à défaut d'opposition du Souscripteur. En cas de désaccord sur les propositions de modifications formulé expressément par le Souscripteur, le contrat sera résilié de plein droit. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt 1 mois après l'expiration du délai précité de 30 jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des Membres participants par le Souscripteur. Par ailleurs la Mutuelle vous transmettra une notice d'information mise à jour.

Ces modifications seront portées à la connaissance des Membres participants par le Souscripteur, dans les conditions prévues à l'article 7-3 ci-après.

3.3 Conformité du Contrat aux dispositions conventionnelles

Le Contrat est conforme aux dispositions des accords visés dans le préambule du Contrat, relatifs au régime collectif obligatoire de remboursement complémentaire de frais de santé applicable dans les entreprises relevant desdits accords.

En cas d'évolution des dispositions conventionnelles applicables au Souscripteur, la Mutuelle lui notifiera les

évolutions envisagées (prestations et/ou cotisations) ainsi que les présentes conditions générales mises à jour, le cas échéant, trois mois avant leur date d'entrée en vigueur. Le souscripteur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition étant rappelé que le silence vaut acceptation. Les modifications seront par conséquent réputées acceptées à défaut d'opposition du Souscripteur. En cas de désaccord sur les propositions de modifications formulé expressément par le Souscripteur, le contrat sera résilié de plein droit. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt 1 mois après l'expiration du délai précité de 30 jours et dans un délai compatible avec les obligations légales d'information des Membres participants par le Souscripteur. Par ailleurs la Mutuelle vous transmettra une notice d'information mise à jour. Les Membres participants seront informés, le cas échéant, des adaptations apportées au Contrat, selon les modalités prévues à l'article 7.3 ci-après.

3.4 Résiliation du Contrat

a) Résiliation à l'initiative du Souscripteur

Le Contrat peut être résilié annuellement par le Souscripteur, en adressant à la Mutuelle, au plus tard le 31 octobre de l'année pour que le Contrat cesse de produire ses effets le 31 décembre de l'année considérée, une notification transmise par l'un des moyens ci-dessous, conformément aux dispositions des articles L.221-10 et L.221-10-3 du Code de la mutualité :

- par lettre ou tout autre support durable,
- par déclaration faite au siège social de la Mutuelle,
- par acte extrajudiciaire,
- par tout moyen de communication à distance susceptible d'être utilisé pour la souscription d'un contrat.

En outre, en vertu des dispositions de l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité, le Souscripteur peut résilier le Contrat après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités, en adressant à la Mutuelle une notification en ce sens, faite par l'un quelconque des modes précités. Dans ce cas, la résiliation prend effet un (1) mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le Souscripteur. Dans ce cas, le Souscripteur n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. La Mutuelle est tenue de rembourser le solde au Souscripteur dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues au Souscripteur produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

La Mutuelle confirme par écrit la réception de la notification de la résiliation.

b) Résiliation à l'initiative de la Mutuelle

Le Contrat peut être résilié annuellement par la Mutuelle, par lettre recommandée avec avis de réception adressée au Souscripteur au plus tard le 31 octobre, pour que le Contrat cesse de produire ses effets le 31 décembre de l'année considérée.

En cas de non-paiement des cotisations, la Mutuelle peut également mettre fin au Contrat, dans les conditions prévues à l'article 19 ci-après.

c) Effets de la résiliation

La résiliation du Contrat, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties pour tous les Membres participants et tous leurs éventuels ayants droit. L'adhésion des Membres participants et de tous leurs éventuels Ayants droit prend fin à cette même date, tant en ce qui concerne le Socle Entreprise / l'Extension facultative du Socle Entreprise, que les Options facultatives.

ARTICLE 4 – AFFILIATION AUX GARANTIES OBLIGATOIRES DU SOCLE ENTREPRISE (SOCLE NIVEAU 1, SOCLE NIVEAU 2, SOCLE NIVEAU 3 OU SOCLE NIVEAU 4)

4.1 Choix et modification du niveau du Socle Entreprise

Le niveau du Socle Entreprise choisi par le Souscripteur à la souscription du Contrat (Socle Niveau 1 pour les entreprises relevant du secteur du transport routier de voyageurs uniquement, Socle Niveau 2, Socle Niveau 3 ou Socle Niveau 4) est indiqué dans le Certificat de Souscription.

Le Souscripteur peut procéder à un changement du Socle Entreprise initialement choisi, en adressant une demande en ce sens à la Mutuelle, par lettre recommandée avec accusé de réception, au plus tard au 31 octobre de l'année et pour une prise d'effet de ce changement au 1er janvier de l'année suivante.

Le changement de niveau du Socle Entreprise est acté par la signature d'un avenant au certificat de souscription.

Ces modifications sont portées à la connaissance des Membres participants par le Souscripteur dans les conditions prévues à l'article 7-3 ci-après.

4.2 Bénéficiaires du Socle Entreprise

a) Membres participants

Affiliation obligatoire :

Sont affiliés, à titre obligatoire, au Socle Entreprise choisi par le Souscripteur et indiqué dans le Certificat de Souscription, l'ensemble des salariés du Souscripteur, présents ou futurs, tels que définis par l'acte de formalisation du régime (« Acte Fondateur ») au sens de l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale.

L'Affiliation des salariés au Socle Entreprise s'effectue dans les conditions et selon les modalités prévues à l'article 7-1 ci-après.

Possibilité de dispense :

Par dérogation au principe d'Affiliation obligatoire et conformément au Code de la Sécurité sociale, des dispenses d'Affiliation peuvent être invoquées, soit qu'elles soient applicables de droit ou qu'elles aient été prévues par l'Acte Fondateur, dans le respect de la réglementation en vigueur et des prévisions conventionnelles.

Dans tous les cas, le Souscripteur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés et les justificatifs y afférents. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par le Souscripteur des conséquences de son choix, à savoir qu'il ne pourra bénéficier du régime mis en place dans l'Entreprise. S'ils ne justifient plus des conditions de dispenses, les salariés concernés sont alors affiliés obligatoirement au Contrat.

b) Ayants droit

Le Souscripteur peut, en vertu de l'Acte Fondateur qu'il met en place, affilier à titre obligatoire au Contrat les Ayants droit du salarié au sens de l'Annexe I, ou certains d'entre eux, tels qu'alors précisés dans le Certificat de Souscription.

Dans ce cas, conformément à l'article D.911-3 du Code de la sécurité sociale, les Ayants droit affiliés à titre obligatoire peuvent faire valoir une dispense d'adhésion s'ils sont déjà couverts par ailleurs dans les conditions définies au f du 2° de l'article R.242-1-6 du même code.

L'Affiliation des Ayants droit au Contrat s'effectue au moyen du Bulletin Individuel d'Affiliation complété par le Membre participant et adressé par le Souscripteur à la Mutuelle.

ARTICLE 5 – AFFILIATION DES AYANTS DROIT À L'EXTENSION FACULTATIVE DU SOCLE ENTREPRISE

Lorsque l'Acte fondateur ne prévoit pas l'Affiliation à titre obligatoire des Ayants droit au sens de l'annexe I, le salarié Membre participant peut demander à ce que ses Ayants droit non affiliés à titre obligatoire, bénéficient du Socle Entreprise, à titre facultatif.

L'Affiliation facultative des Ayants droit au Socle Entreprise (dénommée « Extension facultative du Socle Entreprise ») s'effectue au moyen du Bulletin Individuel d'Affiliation adressé par le Souscripteur à la Mutuelle, selon des modalités et délais identiques à ceux prévus à l'article 6.1 ci-dessous pour l'adhésion aux Options facultatives, étant précisé qu'en cas d'adhésion réalisée par un moyen de communication à distance, le salarié bénéficie d'une faculté de renonciation, selon des modalités identiques à celles précisées à l'article 6.2 ci-dessous.

ARTICLE 6 – ADHÉSION AUX OPTIONS FACULTATIVES – CHANGEMENT D'OPTION FACULTATIVE

6.1 Conditions et modalités d'adhésion

Seuls les salariés affiliés au Socle Entreprise peuvent adhérer aux Options facultatives.

En effet, parallèlement aux garanties choisies par le Souscripteur dans le cadre du Socle Entreprise, les Membres participants ont la possibilité d'améliorer leur niveau de garantie en adhérant aux Options facultatives prévues, le cas échéant, au Certificat de Souscription.

Les Options facultatives pouvant être souscrites sont uniquement celles sélectionnées par le Souscripteur et mentionnées au Certificat de Souscription. Elles sont souscrites dans le cadre des règles ci-après :

Si l'Entreprise a souscrit, à titre collectif et obligatoire :

- **au Socle Niveau 1 (cas réservé aux entreprises relevant du secteur du transport routier de voyageurs), le Membre participant peut décider d'améliorer sa couverture en adhérant à l'Option facultative de Niveau 2 ou à l'Option facultative de Niveau 3, selon ce qui est mentionné au Certificat de Souscription ;**
- **au Socle Niveau 2, le Membre participant peut décider d'améliorer sa couverture en adhérant à l'Option facultative de Niveau 3 ou à l'Option facultative de Niveau 4, selon ce qui est mentionné au Certificat de Souscription ;**
- **au Socle Niveau 3, le Membre participant peut décider d'améliorer sa couverture en adhérant à uniquement à l'Option facultative de Niveau 4, si cette dernière est sélectionnée par le Souscripteur dans le Certificat de Souscription ;**
- **au Socle Niveau 4, le Membre participant peut décider d'améliorer sa couverture en adhérant uniquement à l'Option facultative dénommée Renfort si cette dernière est sélectionnée par le Souscripteur dans le Certificat de Souscription.**

Lorsqu'il a la faculté d'opter pour une Option facultative, selon les règles précitées, le Membre participant indique l'Option facultative qu'il choisit en remplissant la partie qui lui est dédiée au Bulletin Individuel d'Affiliation.

L'adhésion facultative du Membre participant à une Option facultative entraîne, de manière indissociable, le rattachement de ses Ayants droit bénéficiaires des garanties du Socle Entreprise (Extension facultative du Socle Entreprise), à cette même Option facultative.

En effet, les Ayants droit ne peuvent être rattachés qu'à l'Option facultative dont bénéficie le Membre participant.

L'adhésion facultative des Ayants droit s'effectue au moyen du Bulletin Individuel d'Affiliation complété par le Membre participant et adressé par le Souscripteur à la Mutuelle.

6.2 Faculté de renonciation, en cas d'adhésion à distance

Lorsque l'adhésion à une Option facultative est conclue par le recours exclusif à une ou plusieurs techniques de communication à distance (c'est-à-dire sans la présence physique simultanée d'un conseiller de la Mutuelle et du Membre participant), le Membre participant dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires pour renoncer à son adhésion.

Ce délai commence à courir à compter de la date à laquelle l'adhésion a pris effet ou, si elle est plus tardive, de la date à laquelle le Membre participant reçoit les documents et information d'adhésion.

Le Membre participant n'a pas à justifier ses motifs ni à supporter de pénalités. Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant. Si le membre participant n'a jamais reçu les informations prévues à l'article L.221-18 du Code de la Mutualité ainsi que les conditions contractuelles, le délai de renonciation expire un an et quatorze jours calendaires après l'adhésion. Si le membre participant n'a pas été informé de son droit de renonciation, ce droit s'exerce sans limitation de durée.

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

Pour l'exercice de ce droit, le Membre participant adresse à la Mutuelle par lettre ou tout autre support durable sa demande.

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

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

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

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

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

> Je soussigné(e) M..... (nom, prénom, et numéro d'adhérent), demeurant…… 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.

6.3 Changement d'Option facultative

Si le Souscripteur a choisi le Niveau 1 ou le Niveau 2 à titre de Socle Entreprise et deux (2) Options facultatives, le Membre participant affilié audit Socle Entreprise a alors la possibilité de changer d'Option facultative. Le Membre participant doit alors adresser à la Mutuelle un nouveau bulletin individuel d'Affiliation valant demande de modification de son Option facultative, deux (2) mois au moins avant la prise d'effet souhaitée, laquelle doit nécessairement coïncider avec le 1er jour d'un mois civil.

Les Ayants droit du Membre participant ne pouvant bénéficier que de l'Option facultative dont le Membre participant bénéficie lui-même, le changement d'Option facultative du Membre participant s'applique par conséquent également à ses ayants droit, Bénéficiaires de garanties du Socle Entreprise.

ARTICLE 7 – OBLIGATIONS D'INFORMATION

7.1 Obligations d'information du Souscripteur envers la Mutuelle

a) Pour la mise en œuvre des garanties

Afin de mettre en œuvre la garantie, le Souscripteur doit adresser à la Mutuelle les pièces et informations suivantes :

I) Lors de la souscription du Contrat :

- **un état nominatif de l'ensemble des salariés concernés par l'Affiliation obligatoire**. Cet état indique, pour chaque intéressé, sa date d'embauche, ses nom, prénom, date de naissance, domicile, numéro de Sécurité sociale, situation de famille et le cas échéant, ses Ayants droit rattachés à titre obligatoire. S'il y a lieu, cet état distingue les salariés dont le contrat est suspendu, avec indication du motif et de la durée de la suspension, ainsi que les anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité prévu à l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale ;
- **le bulletin de souscription, dûment contresigné** par la personne habilitée à représenter le Souscripteur ;
- **pour chaque salarié, un Bulletin Individuel d'Affiliation dûment complété et signé** par ledit salarié, accompagné de l'ensemble des éléments qui y sont visés ;
- un extrait Kbis du Souscripteur datant de moins de 3 mois, ou tout autre justificatif officiel attestant l'existence de l'entreprise et datant de moins de 3 mois.

II) Évènement survenant en cours d'année :

- **Pour les salariés entrants :** un état nominatif adressé **mensuellement** à la Mutuelle, indiquant la date d'entrée, accompagné d'un Bulletin Individuel d'Affiliation dûment complété et signé pour chacun d'entre eux, de la photocopie de l'attestation d'Affiliation à l'Assurance Maladie Obligatoire, d'un relevé d'identité bancaire (RIB ou IBAN), ainsi que de l'ensemble des éléments qui y sont visés ;
- **Pour les salariés sortants et ceux dont le contrat de travail est suspendu :** un état nominatif adressé mensuellement à la Mutuelle, indiquant le motif et la date du départ des salariés sortants ou de la suspension du contrat de travail ;
- **Pour les salariés dont la situation familiale a évolué :** un état nominatif adressé mensuellement à la Mutuelle, indiquant les modifications de situation familiale des salariés concernés et leur date de survenance, ainsi que les pièces justificatives y afférentes.

Enfin, s'agissant des Bulletins individuels d'Affiliation et des pièces justificatives les accompagnant, tant dans le cadre du i) que dans le cadre du ii) ci-dessus, le Souscripteur doit les transmettre à la Mutuelle, dans les trente (30) jours, suivant, selon le cas, la date d'effet du Contrat ou la date d'embauche du salarié entrant ou d'un des événements visés ci-dessus.

En outre, à tout moment, le Souscripteur est tenu de communiquer à la Mutuelle toutes informations ou pièces nécessaires à la bonne gestion et au bon fonctionnement du Contrat et, notamment, tout changement dans la situation professionnelle ou familiale du Membre participant.

b) Pour informer la Mutuelle en cas de modification de la situation du Souscripteur

Dans le cas où le Souscripteur change d'activité et ne relève plus de la CCN IDCC 16 et des accords collectifs cités en Préambule, celui-ci devra le notifier à la Mutuelle sous un délai de 15 jours calendaires.

Le Souscripteur est également tenu d'informer la Mutuelle, sous un délai de 15 jours calendaires, de toute modification survenant dans sa situation juridique, notamment par acquisition, vente, fusion etc.

Le Souscripteur est en outre tenu d'informer la Mutuelle, sous un délai de 15 jours calendaires, de l'existence d'une procédure de sauvegarde, redressement ou liquidation judiciaire qui serait déclenchée à son encontre. Les dispositions de l'article L.622-13 du Code de commerce seront applicables.

7.2 Obligations d'information pesant sur les Membres participants :

a) Pour l'ouverture des garanties

L'Affiliation de chaque Membre participant ne pourra produire ses effets que dans la mesure où celui-ci remplit et signe un bulletin individuel d'Affiliation qui lui est remis par la Mutuelle via le Souscripteur.

Ainsi, chaque salarié remplissant les conditions définies à l'article 4.2 a) est tenu de remplir et de signer un Bulletin Individuel d'Affiliation et de joindre l'ensemble des éléments visés audit Bulletin Individuel d'Affiliation.

Le salarié indique notamment, dans le Bulletin Individuel d'Affiliation l'Option facultative à laquelle il choisit d'adhérer, ainsi que ses Ayants droit à affilier, le cas échéant.

Chaque salarié affilié reçoit une carte d'adhérent.

b) Pour informer le Souscripteur ou la Mutuelle en cas de modification de leur situation

En cas de changement intervenant, au cours du Contrat, dans sa situation personnelle (fin de cas de dispense d'adhésion, changement de la situation de famille, changement de régime obligatoire, d'adresse, de coordonnées bancaires, etc.) le Membre participant doit le déclarer à son employeur (le Souscripteur) qui transmettra l'information à La Mutuelle, conformément aux dispositions de l'article 7.1 ci-dessus.

Cette déclaration doit intervenir dans le mois suivant la modification.

7.3 Obligations d'information du Souscripteur envers les Membres participants : remise de la notice d'information

Conformément aux dispositions de l'article L.221-6 du Code de la Mutualité, le Souscripteur s'engage à remettre à chaque Membre participant une notice d'information établie par la Mutuelle, qui définit les garanties prévues au Contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. La notice d'information précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Le Souscripteur est tenu de remettre cette notice, ainsi que les statuts de la Mutuelle et, le cas échéant, le règlement intérieur de la Mutuelle à chaque Membre participant.

De la même manière, lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Adhérents, le Souscripteur est également tenu d'informer chaque Adhérent en lui remettant une notice modificative (ou un avenant ou additif) établie à cet effet par la Mutuelle, trois mois au minimum avant la date prévue de l'entrée en vigueur de ces modifications.

La preuve de la remise, à chaque Adhérent, de la notice, des statuts et, le cas échéant, du règlement intérieur, ainsi que de la notice modificative (ou avenant ou additif) et des informations relatives aux modifications apportées au Contrat, incombe au Souscripteur.

7.4 Obligations d'information de la Mutuelle envers le Souscripteur

a) Information préalable

Avant la souscription du Contrat, la Mutuelle remet au Souscripteur la proposition de contrat ainsi que le document d'information normalisé visé à l'article L.221-4 du Code de la Mutualité et tout autre document lorsque exigés par les textes en vigueur.

b) En matière de rédaction et de modification de la notice d'information

Conformément aux dispositions de l'article L.221-6 du Code de la mutualité, la Mutuelle établit la notice d'information visée à l'article 7.3 ci-dessus, qu'elle remet au Souscripteur.

La Mutuelle établit, en tant que de besoin, la notice modificative du Contrat, selon les mêmes modalités.

c) Rapport « prestations/cotisations » et frais de gestion

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

- 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 ou primes 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 ou primes hors taxes afférentes.

d) Rapport annuel sur les comptes du Contrat

Conformément aux dispositions de l'article 15 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 telle que modifiée (« Loi Evin »), la Mutuelle fournit chaque année au Souscripteur un rapport sur les comptes du Contrat étant rappelé que les contrats de la gamme Santé Collective Transport Routier font l'objet d'une mutualisation des résultats.

ARTICLE 8 – PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L.221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant du Contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

Conformément aux dispositions de l'article L.221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, telles définies par les articles 2240 et suivants du Code civil, et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

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

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visée à l'alinéa précédent sont :

- **la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait, conformément aux dispositions de l'article 2240 du Code civil ;**
- **la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure, telle que prévue aux articles 2241 à 2243 du Code civil. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée ;**
- **une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée, tels que visés aux articles 2244 à 2246 du Code civil.**

ARTICLE 9 – SUBROGATION / RECOURS CONTRE TIERS

Conformément aux dispositions de l'article L.224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire mentionnées à l'article L.224-8 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée, jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des Membres participants ou de leurs Ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des Ayants droit leur demeure acquise.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer ce droit de subrogation, le Membre participant et ses Ayants droit s'engagent à déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont ils sont victimes.

ARTICLE 10 – RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

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

- Une procédure relative au traitement des réclamations et,
- Une procédure relative à la médiation si le traitement de votre réclamation ne vous a pas donné gain de cause ou satisfaction.

10.1 Traitement des réclamations

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

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

Les réclamations peuvent lui être adressées comme suit :

- Par voie postale, à l'adresse suivante :

  MGC – Service réclamations – TSA 91347 – 75621 PARIS CEDEX 13.
- Par le site internet de la Mutuelle en se connectant sur l'espace adhérent sécurisé,

  Via l'onglet contact du site internet de la Mutuelle.

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

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

10.2 Médiation

Après épuisement des voies de recours au sein de la Mutuelle, vous pouvez saisir le Médiateur de la Mutualité Française :

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

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

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

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

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

ARTICLE 11 – CONTRÔLE MÉDICAL

Les différends d'ordre médical auxquels peut donner lieu l'exercice des garanties sont soumis à l'appréciation d'un médecin expert agréé par la Mutuelle. En cas d'expertise médicale, le Membre participant ou son Ayant droit pourra se faire assister d'un médecin de son choix, à ses frais.

En cas de désaccord entre le médecin du Membre participant ou de son Ayant droit et le médecin de la Mutuelle, les parties choisiront un troisième médecin pour les départager. Faute d'entente sur cette désignation, le choix sera fait par le Président du tribunal judiciaire du domicile du Membre participant ou de son ayant droit, saisi à l'initiative de la partie la plus diligente.

L'avis du troisième médecin sera obligatoire pour le Membre participant ou son Ayant droit et pour la Mutuelle, qui supporteront chacun par moitié les frais de sa nomination

ARTICLE 12 – FAUSSE DÉCLARATION

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au Membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, et ce, alors même que le risque omis ou dénaturé

par le Membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, la Mutuelle n'est redevable d'aucune prestation, même pour la part correspondant, le cas échéant, à un sinistre réel. 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 13 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (« ACPR »), dont le siège social est situé au 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS Cedex 09.

ARTICLE 14 – PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL ET OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

14.1. Protection des données à caractère personnel

Les Données à caractère personnel des Bénéficiaires des garanties recueillies par la Mutuelle auprès du Souscripteur et, le cas échéant, auprès du Membre participant font l'objet de traitements (automatisés ou non automatisés) nécessaires aux finalités mentionnées dans la Charte de protection des données à caractère personnel de la Mutuelle, notamment celles ci-dessous mentionnées et ce, en application de la base juridique sur laquelle repose ce traitement :

- En exécution du contrat ou de mesures précontractuelles :

  Il s'agit de toute opération ayant pour objet la passation, la gestion et l'exécution du contrat et des garanties y afférentes, notamment :

  - la gestion du contrat à tous les stades de vie de celui-ci ;
  - l'exécution du contrat impliquant toute opération technique nécessaire à la mise en œuvre des garanties et des prestations ;
  - le traitement du numéro d'inscription au répertoire (NIR) ;
  - la création de l'espace sécurisé ;
  - l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ;
  - l'envoi de la revue mutualiste ;
  - la réalisation, par les bénévoles MGC présidents de comités locaux, départementaux et régionaux, de leurs missions tendant notamment à renseigner les adhérents sur la situation de leur contrat ;
  - la mise à disposition du Club Avantages.
- Au regard de la poursuite de l'intérêt légitime de la Mutuelle :

  Il s'agit notamment des opérations suivantes :

  - la mise en place d'actions de prévention dans le domaine de la santé ;
  - les relations commerciales et contractuelles en vue de proposer, par tout moyen, les services de la Mutuelle :
    . opérations promotionnelles, de prospection, de fidélisation, de développement commercial pour des produits ou services analogues ;
    . la gestion des avis sur ses produits et services ;
    . opérations techniques de prospection (normalisation, enrichissement, déduplication…).
  - la sélection de personnes en vue de réaliser des actions de fidélisation (y compris en ce qui concerne les opérations de parrainage), prospection, promotion, sondage, test des produits ou services ;
  - l'information portant sur des opérations de communication externe relatives à des jeux, concours et événements ;
  - la réalisation d'enquêtes de satisfaction, amélioration de la qualité des services de la Mutuelle ;
  - la lutte contre la fraude en assurance ;
  - la sécurisation de l'accès à l'espace entreprise et à l'application mobile ;
  - la numérisation et le stockage des documents entrants.
- Au titre du respect d'une obligation légale :
  - la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCBFT) ainsi que la détection de fonds et ressources économiques faisant l'objet d'une mesure de gel ou de sanctions ;
  - l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, telles que des traitements relatifs à l'exécution de règles fiscales ou sociales.
- En application du consentement du Membre participant :
  - la prospection commerciale par voie électronique, hors produits ou services analogues, y compris les services des partenaires de la Mutuelle ;
  - la prospection commerciale par voie téléphonique, hors sollicitation dans le cadre de l'exécution ou ayant un rapport avec l'objet du contrat.

Aussi, les Données à caractère personnel du représentant légal du Souscripteur et, le cas échéant, des référents habilités à utiliser l'espace Entreprise recueillies par la Mutuelle sont nécessaires à la passation, gestion et exécution du Contrat et à la création d'un espace sécurisé permettant la gestion en ligne du Contrat.

Les données à caractère personnel collectées sont destinées à la Mutuelle, en sa qualité de responsable de traitement, et peuvent être transmises à ses partenaires (assureurs, co-assureurs, réassureurs, courtiers, organismes de sécurité sociale obligatoire, délégataires de gestion, sous-traitants, prestataires informatiques ou de services y compris tiers de confiance) à ses avocats ou personnes en charge de représenter ses intérêts, aux tuteurs, curateurs, ou toute autre personne justifiant de la qualité d'aidant d'un adhérent en situation de dépendance, ainsi qu'aux présidents de ses comités locaux en vue de réaliser toute opération répondant aux finalités susmentionnées.

Elles sont conservées pour la durée nécessaire à la réalisation des finalités pour lesquelles elles ont été collectées puis archivées conformément aux délais légaux de prescription susceptibles de s'appliquer.

En revanche, les Données à caractère personnel des Bénéficiaires des garanties ne pourront être conservées, à des fins de prospection commerciale, par la Mutuelle que pendant un délai de 3 ans à compter de la fin de l'Affiliation.

Conformément à la règlementation relative à la protection des données personnelles, s'agissant des données à caractère personnel les concernant, le Souscripteur, le Membre participant et, le cas échéant ses Ayants droit bénéficiaires disposent des droits ci-dessous mentionnés :

- d'accéder aux données les concernant. Pour ce faire, la Mutuelle fournit une copie des données à caractère personnel faisant l'objet de traitements, sous réserve que celle-ci ne porte pas atteinte aux droits et libertés d'autrui. La Mutuelle peut exiger le paiement de frais raisonnables tenant compte des coûts administratifs pour toute copie supplémentaire demandée.
- de s'opposer, à tout moment, au traitement des données à caractère personnel les concernant :
  - à des fins de prospection commerciale, y compris à un profilage s'il est lié à une telle prospection ;
  - fondé sur les intérêts légitimes poursuivis par la Mutuelle, y compris à un profilage réalisé sur ce fondement.

    Pour ce dernier cas, l'opposition doit être justifiée par des raisons tenant à la situation particulière de l'Adhérent ou ses Ayants droit.

  Il est expressément précisé que le droit d'opposition au traitement des données personnelles ne s'applique pas au dispositif de tiers payant. Si l'adhérent souhaite s'opposer au traitement de ses données personnelles, il ne doit pas présenter sa carte de tiers payant et ne bénéficiera pas du dispositif d'avance des frais.
- de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel postérieurement au décès.

Ils peuvent également obtenir de la Mutuelle :

- la rectification ou la suppression des données les concernant ;
- la limitation du traitement de leurs données à caractère personnel ;
- la portabilité de leurs données à caractère personnel.

Dans le cas où le traitement des données à caractère personnel repose sur le consentement, celui-ci est recueilli :

- préalablement à l'Affiliation/Adhésion, par le biais du bulletin d'Affiliation/d'Adhésion au contrat souscrit ;
- à tout moment, via tout autre formulaire de contact.

Ils ont également la possibilité de retirer leur consentement à tout moment. Le retrait de celui-ci ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ledit retrait.

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

Le Souscripteur, le Membre participant et, le cas échéant ses Ayants droit bénéficiaires, peuvent consulter la Charte de protection des données à caractère personnel sur le site Internet de la Mutuelle ou l'obtenir sur demande. Ils peuvent également contacter le Délégué à la Protection des données personnelles de la Mutuelle aux coordonnées suivantes : service.dpo@m-g-c.com

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

Il est expressément précisé que le droit d'opposition au traitement des données personnelles ne s'applique pas au dispositif de tiers payant. Si l'adhérent souhaite s'opposer au traitement de ses données personnelles, il ne doit pas présenter sa carte de tiers payant et ne bénéficiera pas du dispositif d'avance de frais.

14.2. Démarchage téléphonique

Le Membre participant ne pourra être démarché téléphoniquement par la Mutuelle que dans le cadre de l'exécution de son contrat, et dès lors que cette sollicitation a un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de lui proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

CHAPITRE II – LES COTISATIONS

ARTICLE 15 – TAUX ET MONTANTS DE COTISATIONS

Les prestations objet du Contrat sont assurées par la Mutuelle en contrepartie du versement des cotisations.

Les cotisations sont annuelles et exprimées en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale. Elles varient donc en fonction de l'évolution de ce plafond de la sécurité sociale.

L'ensemble des contrats de la gamme Santé Collective Transport Routier (Transport de marchandises / Transport de voyageurs) fait l'objet d'une mutualisation des résultats.

ARTICLE 16 – ÉVOLUTION DES COTISATIONS

16.1 Révision annuelle

À chaque échéance annuelle, les cotisations sont réévaluées en fonction des résultats techniques de la gamme Santé Collective Transport Routier (Transport de marchandises / Transport de voyageurs), de l'évolution de la Consommation médicale totale et de l'évolution des prestations couvertes.

Ainsi, chaque année, et au plus tard le 30 septembre, la Mutuelle communique au Souscripteur, pour l'année qui suit, l'évolution envisagée des cotisations.

En cas de désaccord, sur les propositions de modifications, formulé expressément par le Souscripteur, le contrat sera résilié de plein droit.

16.2 Révision en cas de modification de l'environnement légal et réglementaire

En cas de modifications des dispositions législatives ou réglementaires et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale, la Mutuelle notifiera au Souscripteur les évolutions envisagées (prestations et/ou cotisations) ainsi que les présentes conditions générales mises à jour, le cas échéant, trois mois avant leur date d'entrée en vigueur. Le souscripteur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition étant rappelé que le silence vaut acceptation. Les modifications seront par conséquent réputées acceptées à défaut d'opposition du Souscripteur. En cas de désaccord sur les propositions de modifications formulé expressément par le Souscripteur, le contrat sera résilié de plein droit. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt 1 mois après l'expiration du délai précité de 30 jours et dans un délai compatible avec les obligations légales d'information des Membres participants par le Souscripteur. Par ailleurs la Mutuelle vous transmettra une notice d'information mise à jour.

16.3 Impôts et taxes

Tous impôts et taxes, présents ou futurs, auxquels le Contrat pourrait être assujetti et dont la récupération n'est pas interdite, sont à la charge du Souscripteur en ce qui concerne les garanties obligatoires du Socle Entreprise et à la charge du Membre participant en ce qui concerne les garanties facultatives (Extension facultative du Socle Entreprise et de l'Option facultative), et sont payables en même temps que les cotisations.

ARTICLE 17 – APPEL DES COTISATIONS – MODALITÉS DE RÈGLEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont appelées et payables mensuellement, à terme échu :

- soit le Souscripteur est responsable du paiement de l'ensemble des cotisations du Contrat, à savoir les cotisations afférentes au Socle Entreprise (part patronale et part salariale) et les cotisations afférentes aux éventuelles Extensions facultatives du Socle Entreprise et des Options facultatives, souscrites par les salariés et dues par ces derniers. Le Souscripteur opère dans ce cas au moyen d'un précompte sur salaire pour la part salariale due au titre du Socle Entreprise ainsi que pour les éventuelles Extensions facultatives du Socle Entreprise et des Options facultatives . Le paiement peut être effectué par le Souscripteur au moyen d'un prélèvement bancaire, ou par chèque ou par virement.
- soit le Souscripteur n'est responsable que du paiement des cotisations afférentes au Socle Entreprise (part patronale et part salariale prélevée au moyen d'un précompte sur salaire), qui peut être effectué au moyen d'un prélèvement bancaire, ou par chèque ou par virement, et les salariés sont quant à eux responsables individuellement du paiement des cotisations afférentes aux éventuelles Extensions facultatives du Socle Entreprise et des Options facultatives qu'ils ont souscrites, lesquelles sont prélevées sur leur compte bancaire.

ARTICLE 18 – RÉGULARISATION DES COTISATIONS

À la lumière des données concernant les effectifs communiqués par le Souscripteur à la Mutuelle conformément aux dispositions de l'article 7.1 du présent document, une régularisation des cotisations versées sera, en tant que de besoin, effectuée par la Mutuelle.

ARTICLE 19 – DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

19-1 Au titre des cotisations des garanties du Socle Entreprise (part salariale précomptée et part patronale) et des autres cotisations précomptées par le Souscripteur

Conformément aux dispositions de l'article L.221-8 I du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive du Souscripteur et de poursuivre en justice l'exécution du Contrat, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après l'envoi, par la Mutuelle, de la mise en demeure au Souscripteur.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au Souscripteur, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

Le Membre participant est quant à lui informé par la Mutuelle qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par le Souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du Contrat, sauf si le Membre participant entreprend de se substituer au Souscripteur pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle a le droit de résilier le Contrat dix (10) jours après le délai de trente (30) jours mentionné ci-dessus.

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

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

19-2 Au titre des cotisations non précomptées

Conformément aux dispositions de l'article L.221-8 II du Code de la mutualité, dans le cadre de l'Extension facultative du Socle Entreprise et de l'Option facultative pouvant être souscrites par le Membre participant, à titre facultatif, il peut être mis fin à la garantie du Membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix (10) jours de l'échéance.

L'exclusion de la garantie facultative ne peut intervenir qu'à l'issue d'un délai de quarante (40) jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix (10) jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de cette mise en demeure, le Membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de quarante (40) jours, le défaut de paiement de sa cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au Contrat. L'exclusion desdites garanties ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement de prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur des cotisations.

CHAPITRE III – LES PRESTATIONS

ARTICLE 20 – OBJET ET ÉTENDUE DE LA GARANTIE

20.1 Objet de la garantie complémentaire santé

Les garanties « complémentaire santé » prévues au Contrat ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, de garantir aux Membres participants et le cas échéant à leurs Ayants droit le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursement effectués par les régimes obligatoires au titre des prestations en nature de l'assurance maladie, dans les conditions et limites fixées dans le Contrat.

20.2 Prestations garanties

Les prestations garanties sont détaillées dans le tableau de prestations figurant en annexe II « grille de prestations ».

L'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires ne donne pas lieu à remboursement par la Mutuelle, à l'exception toutefois de certains actes, dans la limite des prestations expressément définies le cas échéant, et pour chaque garantie mentionnée à l'annexe II, ce dans les conditions et limites prévues au Contrat.

20.3 Base de remboursement

La prise en charge des prestations « complémentaire santé » s'effectue :

- soit sur la base du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- soit sur des bases forfaitaires.

Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont indiquées en incluant la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur au jour de la rédaction des présentes Conditions Générales.

Lorsque le professionnel de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé conventionnés).

Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué.

Le règlement des prestations est effectué en euros.

En cas de séjour à l'étranger, la base des tarifs de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire reste identique aux taux pratiqués en France. La Mutuelle ne rembourse que sur la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire française, uniquement dans les cas où cette dernière intervient, et ce, dans le cadre des « contrats responsables » (cf. article 21.2 infra).

20.4 Actes non pris en charge par le Régime Obligatoire et actes antérieurs à l'adhésion

Les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire ne donnent droit à aucun remboursement, à l'exception toutefois de certains actes, dans la limite des prestations expressément définies le cas échéant, et pour chaque garantie mentionnée à l'annexe II, ce dans les conditions et limites prévues au Contrat.

Les soins de toutes natures dont les dates de soins ou de facturation se situent avant la date d'effet du Contrat ou de l'adhésion du Membre participant, ne peuvent

donner lieu à prise en charge par la Mutuelle.

20.5 Limite des remboursements – principe indemnitaire

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L.224-8 du Code de la mutualité, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Membre participant ou de ses Ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le Bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

20.6 Évolution de la réglementation de l'Assurance Maladie

Toute modification des prestations et/ou taux de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire ne pourra avoir pour conséquence d'augmenter les engagements de la Mutuelle, qui resteront, en valeurs absolues, en niveau, comme en montant, tels que définis avant ces modifications.

20.7 Précisions sur certains actes non pris en charge par le Régime obligatoire

Lentilles (ou lentilles de contact) :

Le contrat prévoit la prise en charge des lentilles non remboursées (sous réserve pour l'adhérent de présenter une copie de l'ordonnance et de la facture détaillée acquittée).

Contraception :

Pour les contraceptifs non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, la prise en charge de la Mutuelle s'effectue sous réserve que le Bénéficiaire soit âgé de 13 ans minimum.

Sevrage tabagique :

Pour les produits de sevrage tabagique (substituts nicotiniques), la prise en charge de la Mutuelle s'effectue sous réserve que le Bénéficiaire soit âgé de plus de 16 ans.

Tests de grossesse :

Pour l'acquisition de tests de grossesse figurant sur la liste automédication, la prise en charge de la Mutuelle s'effectue sous réserve que le Bénéficiaire soit âgé de 13 ans minimum, et sera en tout état de cause limitée au forfait disponible et prévu par le poste automédication en pharmacie.

En tout état de cause, la prise en charge au titre du poste automédication en pharmacie s'effectue sous réserve pour le bénéficiaire de présenter à la mutuelle une facture acquittée et nominative.

Auto-tensiomètres :

Pour l'acquisition d'auto-tensiomètres, la prise en charge de la mutuelle est limitée à un appareil par famille et par an. En tout état de cause, la prise en charge sera limitée au forfait disponible et prévu par le poste automédication.

Chirurgie réfractive :

Selon la formule choisie, l'intervention chirurgicale réfractive non remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire est prise en charge par la Mutuelle, dans la limite d'un forfait annuel dont le montant est fixé au tableau de garantie et est exprimé par œil et par Bénéficiaire.

Médecines douces :

En fonction de la garantie souscrite, la Mutuelle prend en charge dans le cadre d'un forfait annuel les actes ou prestations définies, sur présentation d'une facture acquittée par l'Adhérent ou l'Ayant droit Bénéficiaire, mentionnant le nom du Bénéficiaire des actes ou prestations délivrés.

Pour les praticiens non remboursés par l'AMO (ostéopathe, étiopathe, acupuncteur, homéopathe etc.), la prise en charge de la Mutuelle s'effectue sous réserve pour le Bénéficiaire des soins de présenter une facture acquittée mentionnant le numéro RPPS du professionnel de santé ainsi que le nom du bénéficiaire, des actes ou prestations délivrés.

Par ailleurs, pour les produits d'homéopathie, la prise en charge de la Mutuelle s'effectue sous réserve de présentation d'une ordonnance mentionnant ces produits. La consultation auprès d'un homéopathe est prélevée sur le forfait praticien dédié et la fourniture des produits est prélevée sur le forfait produit d'homéopathie, conformément au tableau de garantie.

Parodontologie et implantologie :

La participation de la Mutuelle au titre des actes d'implantologie et de parodontologie prise en charge ou non par l'Assurance Maladie Obligatoire s'effectue, dans les conditions prévues au tableau des garanties. La participation au titre de l'implantologie se fait sur présentation d'une facture détaillée acquittée.

Seuls les actes d'implantologie et de parodontologie faisant l'objet d'une codification dans les conditions prévues par la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) pourront être pris en charge.

En tout état de cause, pour ce qui concerne la parodontologie non remboursée par la sécurité sociale, seules les prestations suivantes sont prises en charge par la Mutuelle :

- curetage parodontal
- réaménagement de la gencive péri-implantaire
- chirurgie parodontale par lambeau
- greffe de gencive.

Frais d'accompagnement :

La Mutuelle verse, lors de l'hospitalisation d'un Bénéficiaire répondant aux conditions définies au tableau de garantie, pour les frais d'accompagnement, une allocation journalière, dont le montant figure dans le tableau de garantie, dans la limite des dépenses facturées par l'établissement hospitalier ou la maison d'accueil adhérente à la Fédération des Maisons d'Accueil Hospitalières et, le cas échéant, d'un nombre de jour fixé par an.

En tout état de cause, seuls les repas fournis par l'établissement hospitalier pourront faire l'objet d'une prise en charge.

ARTICLE 21 – CONFORMITÉ AUX CRITÈRES DES CONTRATS RESPONSABLES

21.1 Principes

Comme indiqué à l'article 1.1 des présentes conditions générales, les garanties proposées par le Contrat répondent aux conditions des articles L.911-7 et D.911-1 du Code de la Sécurité sociale (ci-après CSS) ; elles sont solidaires conformément à l'article L.862-4 dudit Code et responsables au sens du cahier des charges posé par les articles L.871-1 et R.871-1 et suivant du même Code.

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a mis en place un ensemble de mesures visant à la maîtrise des dépenses de santé. Elle a défini les « garanties responsables » qui visent à inciter le patient à respecter le parcours de soins.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a introduit une réforme en profondeur de ces garanties responsables, avec la mise en place de nouvelles obligations de prise en charge et le plafonnement de certaines prestations. Ce nouveau cahier des charges du contrat responsable a été précisé par décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

Puis, le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires a adapté le cahier des charges des contrats responsables, tel qu'il résultait du décret du 18 novembre 2014, pour la mise en œuvre de la réforme dite du « 100 % santé » telle qu'issue de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019. Ces évolutions ont pris effet, respectivement :

- à compter du 1er janvier 2020 pour les nouvelles dispositions relatives à l'optique et au dentaire ;
- à compter du 1er janvier 2021 pour les dispositions relatives aux aides auditives.

L'article 21-2 ci-après détaille les planchers de prise en charge et autres conditions inhérentes aux contrats responsables.

21.2 Caractéristiques des contrats responsables

À la date d'impression des présentes Conditions Générales, une couverture complémentaire santé doit, pour être responsable, prévoir ce qui suit :

1°) Des prises en charge obligatoires en soins de ville et d'hospitalisation :

- La prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur défini aux deux derniers alinéas du I de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale, et à l'article R.160-5 du même code pour les actes et prestations couverts par l'Assurance Maladie Obligatoire, y compris les prestations liées à la prévention, sauf pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° de l'article précité ;
- La prise en charge de l'intégralité du **forfait journalier prévu à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale (tarif journalier hospitalier)**, sans limitation de durée.

2°) L'encadrement de certaines prestations si elles sont prévues par le contrat :

Les dépassements tarifaires des médecins **n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** (DPTM) prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la sécurité sociale sont pris en charge **dans la double limite** de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) minoré d'un montant au moins égal à 20 % du tarif de responsabilité. Les DPTM sont l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'Option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie, chirurgie et obstétrique (OPTAM-ACO).

3°) Des prises en charge en dentaire, appareillages, optique et aides auditives :

Les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit « 100 % santé ».

Le dispositif 100 % santé a pour objectif de proposer un ensemble de prestations d'optique, d'aide auditive et de prothèses dentaires, définis réglementairement (actes des paniers « 100 % santé ») et remboursées intégralement par l'Assurance Maladie Obligatoire et les organismes de complémentaire santé, donc sans frais restant à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les honoraires limites de facturation ou les prix limites de vente.

Remboursement Optique médicale :

Le contrat responsable distingue entre deux classes d'équipements optiques :

- **Équipements de classe A** (« 100 % Santé ») tels que définis dans la Liste des Produits et Prestations prévue par l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale (« Liste LPP ») : prise en charge après l'intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur de 100 % des frais réels, dans la limite des Prix Limites de Vente (« PLV »). Sont en outre pris en charge, 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 liste LPP.

- **Équipements de classe B** (« à tarifs libres ») : si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect des montants minimum et maximum de remboursement définis en fonction du type de verre, tels que précisés par l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale. Le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros (remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire inclus).

Selon la garantie souscrite, il est prévu la prise en charge d'un équipement optique composé d'une monture et de deux verres, par période de deux ans. Toutefois, la prise en charge de la Mutuelle est annuelle pour les enfants de moins de 16 ans. Pour les enfants de moins de 6 ans, la prise en charge est possible au terme d'une période minimale de 6 mois uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Ce délai s'apprécie à compter de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement.

Par exception, il peut être dérogé à ces délais :

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

Dispositifs médicaux d'aides auditives :

Le contrat responsable distingue entre deux classes d'aides auditives :

- **Équipements de Classe I** (« 100 % Santé ») tels que définis dans la Liste LPP : prise en charge après intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur de 100 % des frais réels, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV).
- **Équipements de Classe II** (« à tarifs libres ») : prise en charge par le contrat responsable à hauteur du ticket modérateur. Si le Contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tels que précisés par l'article R.871 – 2 du Code de la sécurité sociale.

Le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période de 4 ans après la date de facturation de l'aide auditive, dans les conditions fixées dans la LPP. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Frais de soins dentaires prothétiques :

Le contrat responsable distingue trois paniers :

- **Actes appartenant au dispositif « 100 % Santé »**, avec Honoraires Limites de Facturation : prise en charge, après intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur de 100 % des frais réels engagés, dans la limite des Honoraires Limites de Facturation.
- Actes appartenant au panier à **« reste à charge maîtrisé »**, avec honoraires limites de facturation : prise en charge par le contrat responsable à hauteur du panier de soins ANI.
- Actes appartenant au panier **« à tarifs libres »**, sans honoraires limites de facturation : prise en charge par le contrat responsable à hauteur du panier de soins ANI.

Appareillages :

L'obligation de prise en charge de l'appareillage est prévue par le cahier des charges des contrats responsables, sauf prise en charge le cas échéant de la totalité de la base de remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Les montants et taux des remboursements sont définis dans les tableaux des garanties.

Concernant l'appareillage soumis à une obligation de prise en charge renforcée, le contrat responsable prévoit la prise en charge à hauteur :

- des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 pour les prothèses capillaires appartenant à une classe faisant l'objet d'une prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1.
- des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 pour des véhicules destinés à des personnes en situation de handicap inscrits sur la liste mentionnée à l'article L.165-1 et faisant l'objet d'une prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1.

4°) Des exclusions de prise en charge :

Ne sont pas pris en charge au titre du caractère « responsable » du Contrat :

- **La participation forfaitaire instaurée sur les actes médicaux telle que mentionnée au II de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale ;**
- **Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires, telles que mentionnées au III de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale ;**
- **La majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes effectués hors parcours de soins (majoration de participation des Adhérents et de leurs Ayants droit visée à l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas de non-désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant) ;**
- **Les dépassements d'honoraires sur les actes et consultations pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins, tel que visé au 18° de l'article L.162-5 du Code de la sécurité sociale ;**
- **Et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 CSS et par ses textes d'application ;**
- **la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L.322-5 du code de la sécurité sociale pour refus de transport partagé.**

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou règlementaires intervenant après l'élaboration des présentes Conditions Générales s'appliqueront immédiatement afin de conserver au Contrat son caractère responsable.

5°) La possibilité de bénéficier du tiers payant :

La garantie responsable doit permettre à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de cette garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité. Le bénéfice du tiers payant sur la part complémentaire est toutefois subordonné à la demande du professionnel de santé à l'origine des soins.

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale, la Mutuelle applique également le bénéfice du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties relatives aux équipements et soins appartenant au dispositif « 100 % Santé ».

21.3 Évolution

En cas de modifications justifiées par une évolutions des règles relatives au contrats responsables, la Mutuelle notifiera au Souscripteur les évolutions envisagées (prestations et/ou cotisations) ainsi que les présentes conditions générales mises à jour, le cas échéant. Le souscripteur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition étant rappelé que le silence vaut acceptation. Les modifications sont par conséquent, réputées acceptées à défaut d'opposition du Souscripteur. En cas de désaccord sur les propositions de modifications formulé expressément par le Souscripteur, le contrat sera résilié de plein droit

Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des Adhérents par le Souscripteur.

Les Membres participants seront informés des adaptations apportées au Contrat, conformément aux dispositions de l'article 7.3 ci-dessus.

ARTICLE 22 – FONDS DE SOLIDARITÉ OLIVIER – SERVICES ASSOCIÉS

22.1 Fonds de solidarité Olivier

Le Membre participant affilié à la Mutuelle MGC peut bénéficier du Fonds de solidarité Olivier.

Sur délégation du Conseil d'administration, la Commission de solidarité Olivier statue sur les demandes d'aides financières ponctuelles émanant du Membre participant, sous réserve que son affiliation soit toujours en cours à la date de la demande et, le cas échéant, que le bénéfice des prestations de la Mutuelle soit ouvert à son Ayant droit bénéficiaire si la demande d'aide porte sur une dépense qui le concerne. La Commission peut, dans les conditions prévues dans ses règles de fonctionnement et dans le cadre d'un budget spécifique voté annuellement, lui attribuer :

- une aide financière relative à une dépense liée à des soins de santé particulièrement coûteux ou liée à un handicap au titre de la dotation du Fonds de secours. Pour bénéficier de cette aide, ils doivent avoir une ancienneté au sein de la mutuelle au moins égale à deux années ;
- une aide financière exceptionnelle liée à une situation d'urgence ou de détresse au titre de la dotation du Fonds de solidarité Olivier.

La décision est prise par la Commission, au vu d'un dossier circonstancié, constitué par le Membre participant.

22.2 Services associés

Les services associés, le cas échéant, aux prestations du Contrat, sont décrits dans la(les) notice(s) d'information remise(s) aux adhérents.

ARTICLE 23 – DATE D'EFFET DE LA COUVERTURE

23.1 Prise d'effet de l'Affiliation obligatoire au Socle Entreprise

Sous réserve de l'accomplissement des formalités prévues aux articles 7-1 et 7.2 du présent Contrat et du paiement de la cotisation correspondante, l'Affiliation obligatoire au Socle Entreprise prend effet :

a) Pour le Membre participant :

- à la date de prise d'effet du Contrat, qui démarre le 1er jour du mois sauf disposition contraire prévue au Certificat de Souscription, pour les salariés présents à l'effectif du Souscripteur à cette date et répondant aux conditions définies au présentes Conditions Générales ou, en cas de dérogation, au Certificat de Souscription ;
- à compter de la date d'entrée du salarié dans le groupe assuré, lorsque cette date est postérieure à la date d'effet du Contrat, sous réserve d'avoir été déclaré à la Mutuelle dans les trente (30) jours de ladite date d'entrée. Faute de quoi, l'Affiliation ne

prendra effet qu'à compter de la date de réception, par la Mutuelle, de la déclaration de l'employeur ;
- à la date à laquelle le salarié qui bénéficiait d'une dispense d'Affiliation cesse d'en bénéficier.

b) Pour l'ayant droit :

- à la même date que celle du Membre participant, si la demande se fait simultanément (c'est – à-dire lors de l'Affiliation du Membre participant) ;
- au 1er jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion modificatif, sous réserve que celui-ci parvienne complété et signé à la mutuelle dans les 10 jours suivant cette date, à l'exception de l'inscription d'un nouveau-né, qui intervient au jour de naissance ou de l'adoption si l'Affiliation est réalisée dans les 30 jours suivant cet évènement ;
- à la date à laquelle l'Ayant droit qui bénéficiait d'une dispense cesse d'en bénéficier.

23.2 Prise d'effet de l'Affiliation facultative des Ayants droit à l'Extension facultative du Socle Entreprise

Conformément aux dispositions de l'article 5 des présentes conditions générales, lorsque le Souscripteur ne choisit pas l'Affiliation obligatoire des ayants droit, le salarié peut souscrire, à titre facultatif, à l'Extension facultative du Socle Entreprise, pour garantir ses Ayants droit non affiliés à titre obligatoire.

À l'instar des Options facultatives, l'Affiliation des Ayants droit à l'Extension facultative du Socle Entreprise prend effet dans les conditions prévues par l'article 23.3 b) ci-après. Dans ce cas, il y a lieu d'entendre « Extension facultative du Socle Entreprise » là où est stipulé « Options facultatives ».

23.3 Prise d'effet des Options facultatives et des changements d'Options facultatives

a) Pour le Membre participant :

L'adhésion prend effet, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante :

- à la date d'Affiliation au Socle Entreprise, lorsque la demande d'adhésion à une Option facultative est concomitante à la demande d'Affiliation au Socle Entreprise ;
- lorsque l'adhésion à l'Option facultative n'est pas concomitante à l'Affiliation au Socle Entreprise, elle prend effet le 1er jour du troisième (3e) mois suivant la demande (moyennant le respect d'un préavis de deux (2) mois) ;
- à la date permettant l'absence d'interruption de la couverture du Membre participant, en cas d'application de la procédure visée à l'avant dernier alinéa de l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité.

L'adhésion est valable pour l'année civile, même pour les personnes adhérant en cours d'année. Elle se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

En cas de demande de modification de l'Option facultative conformément aux dispositions de l'article 6.3 des présentes conditions générales, le changement d'Option facultative prend effet le 1er jour du troisième (3e) mois suivant la demande.

En cas de changement d'Option facultative formulée par le Membre participant, ce changement d'Option facultative s'applique automatiquement et concomitamment à ses Ayants droit initialement couverts.

b) Pour les ayants droit :

L'adhésion prend effet, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante :

- à la même date que celle du Membre participant, si la demande se fait simultanément (c'est-à – dire lors de l'Adhésion du Membre participant à l'Option facultative) ;
- au 1er janvier suivant la demande d'Affiliation de l'ayant droit, lorsqu'elle est postérieure à l'Affiliation du Membre, et moyennant un préavis minimum de deux (2) mois (demande devant être adressée à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre). La Mutuelle peut toutefois accepter, à titre exceptionnel, de déroger à ce principe si la situation spécifique du Membre participant le justifie. Les demandes de dérogation seront traitées au cas par cas ;
- par exception aux dispositions du paragraphe précédent :
  - en cas de modification de la situation familiale du Membre participant (hors naissance et adoption), le 1er jour du mois civil suivant réception de la demande, à condition que celle-ci soit formulée au plus tard dans le mois suivant l'évènement ;
  - en cas de naissance ou d'adoption, le 1er jour du mois en cours si la demande parvient à la Mutuelle dans les trente (30) jours suivant l'évènement ; à défaut, le 1er jour du mois suivant réception de la demande par la Mutuelle.

ARTICLE 24 – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS / PIÈCES JUSTIFICATIVES / TÉLÉTRANSMISSION / TIERS PAYANT

24. Règlement des prestations / pièces justificatives

La Mutuelle procède aux remboursements des prestations :

- au vu des décomptes de la Sécurité sociale ;
- au moyen de télétransmissions établies avec les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire ;
- sur présentation de pièces justificatives des dépenses réelles, notamment la facture nominative portant la mention « acquittée » avec le cachet et la signature du professionnel de santé, la prescription médicale ;
- et au vu de toutes pièces que la Mutuelle estimera nécessaires.

Plus précisément :

- Pour la prise en charge des prestations ne donnant pas lieu à remboursement par le Régime Obligatoire dans le cas où elles sont prévues à la garantie :
  - . toute pièce attestant du paiement des dépenses de santé dont le remboursement est demandé ;
  - . notification du refus opposé par le Régime Obligatoire si tel est le cas, et notes d'honoraires correspondant aux soins dont le remboursement a été refusé faisant apparaître la cotation de l'acte pratiqué, et factures nominatives.
- Pour le service des prestations forfaitaires dans le cas où elles sont prévues à la garantie : justification de la réalité de l'événement ouvrant droit à indemnisation.

Les prestations garanties sont versées soit aux professionnels de santé en cas de délégation de paiement (tiers payant), soit directement aux Membres participants ou le cas échéant à leurs Ayants droit assurés. Dans ces derniers cas, les remboursements sont effectués en euros, par virement sur le compte bancaire indiqué par l'Adhérent. Le compte bancaire de l'Adhérent devra être domicilié en France ou dans un pays faisant partie de la zone SEPA.

La date des soins prise en compte pour le remboursement des prestations dues par la Mutuelle (y compris pour les forfaits versés en supplément du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire) est celle portée sur le document émis par l'Assurance Maladie Obligatoire intervenant pour sa part.

Dans le cas de prestations versées hors intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire, la date des soins prise en compte sera celle portée sur la facture, à défaut la date de facturation.

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

24.2 Télétransmission

Sauf refus de l'Adhérent, les remboursements de la Mutuelle sont effectués au vu des informations transmises par l'Assurance Maladie Obligatoire ou par les professionnels de santé dans le cadre du procédé de la télétransmission et notamment du procédé d'échanges informatiques NOEMIE.

24.3 Tiers Payant

Les prestations garanties par la Mutuelle peuvent être versées directement aux professionnels ou aux établissements de santé dans le cadre de la pratique du tiers payant.

Dans ce cadre, dans le mois suivant l'adhésion, l'Adhérent recevra une carte mutualiste de tiers payant attestant de son adhésion à la Mutuelle. Cette carte est également valable pour les Ayants droit rattachés à l'Adhérent. La carte mutualiste est délivrée annuellement et renouvelée automatiquement.

Le tiers payant est effectué conformément aux obligations liées au caractère responsable du Contrat, mais également pour les prestations suivantes :

- radiologie, pharmacie, laboratoire, auxiliaires médicaux sur présentation au professionnel de santé de la carte mutualiste remise par la Mutuelle à ses Adhérents,
- hospitalisation, dentaire et optique sur délivrance au préalable d'une prise en charge obligatoirement demandée par un établissement ou un professionnel de santé.

La Mutuelle se réserve le droit de poursuivre toute personne qui utiliserait frauduleusement la carte mutualiste.

L'usage frauduleux s'entend de l'utilisation par l'Adhérent de la carte mutualiste alors qu'il n'est plus Bénéficiaire des garanties, ou de toute autre personne agissant en connaissance de cause, dans le but d'obtenir indûment le paiement de prestations par la Mutuelle.

En tout état de cause, en cas de modification ou de cessation des garanties, l'Adhérent doit cesser d'utiliser la carte mutualiste et la renvoyer à la Mutuelle.

24.4 Délai de versement des prestations

Sauf usage du tiers payant, les prestations de frais de santé sont versées, dans un délai maximal ne pouvant excéder 30 jours à compter de la réception de l'ensemble des pièces, directement par virement sur le compte bancaire du Membre participant ou le cas échéant, celui de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin ayant la qualité d'Ayant droit.

ARTICLE 25 – FIN DE LA COUVERTURE

25.1 Cessation de l'Affiliation obligatoire au Socle Entreprise

L'Affiliation au Socle Entreprise cesse, pour le Membre participant et, le cas échéant, pour ses Ayants droit affiliés à titre obligatoire :

- **à la date de résiliation du Contrat par le Souscripteur ou par la Mutuelle, quel qu'en soit le motif ;**
- **à la date de rupture du contrat de travail du Membre participant, quel qu'en soit le motif, sous réserve, le cas échéant, des stipulations relatives au maintien de garanties prévues aux articles 26-2 et 26-3 ci-après ;**
- **à la date où le Membre participant ne remplit plus les conditions requises pour être affilié au Contrat ;**
- **au jour du décès du Membre participant, sous réserve de l'application de l'article 4 de la loi Evin, en ce qui concerne les Ayants droit (cf. article 26-3 ci-après).**

La cessation de l'Affiliation du Membre participant au Socle Entreprise entraîne automatiquement la cessation des garanties de ses Ayants droit inscrits, tant au titre de l'Extension facultative du Socle Entreprise

que de l'Option facultative, sous réserve toutefois de l'application de l'article 4 de la loi Evin (cf. article 26.3 ci-après).

Par ailleurs, la perte de la qualité d'ayant droit, telle que définie au Contrat, entraîne, pour la personne concernée, la fin de son Affiliation.

25.2 Cessation de l'Affiliation facultative des Ayants droit au Socle Entreprise

À l'instar des Options facultatives, l'Affiliation des Ayants droit à l'Extension facultative du Socle Entreprise prend fin dans les conditions prévues par l'article 25.3 ci-après. Dans ce cas, il y a lieu d'entendre « Extension facultative du Socle Entreprise » là où est stipulé « Option facultative ».

25.3 Cessation de l'adhésion aux Options facultatives

a) Perte des conditions d'Affiliation au Socle Entreprise

Conformément à l'article 6-1 du présent contrat, l'adhésion du Membre participant et le cas échéant, de ses ayants droit, à une Option facultative est indissociable de l'Affiliation au Socle Entreprise ; elle prend donc automatiquement fin à la date à laquelle l'Affiliation au Socle Entreprise prend elle-même fin, et ce, quelle qu'en soit la cause.

b) Résiliation annuelle

Le Membre participant peut résilier son adhésion à une Option facultative, à effet au 31 décembre de chaque année, en adressant à la Mutuelle, au plus tard le 31 octobre de l'année, une notification transmise par l'un quelconque des moyens ci-dessous, conformément aux dispositions des articles L.221-10 et L.221-10-3 du Code de la mutualité :

- par lettre ou tout autre support durable,
- par déclaration faite au siège social de la Mutuelle,
- par acte extrajudiciaire,
- par tout moyen de communication à distance susceptible d'être utilisé pour la souscription d'un contrat.

c) Résiliation infra-annuelle

Le Membre participant peut résilier l'adhésion à une Option facultative, après expiration d'un délai d'un an à compter de son adhésion, sans frais ni pénalités. La résiliation de l'adhésion prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par l'adhérent. Dans ce cas, le Membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. La Mutuelle est tenue de rembourser le solde au Membre participant dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

Dans le cas où le Membre participant souhaite résilier son adhésion à l'Option facultative pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, ce dernier effectue, pour le compte du Membre participant souhaitant le rejoindre, les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues à l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité. Cet organisme et la Mutuelle s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture du Membre participant.

La notification de la résiliation est effectuée par le Membre participant par tout moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, à savoir les moyens indiqués au paragraphe b) du présent article.

La Mutuelle confirme par écrit la réception de la notification.

d) Résiliation en cas de modification des Options facultatives

En cas de modification de ses droits et obligations, le Membre participant peut résilier son adhésion à l'Option facultative dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice, conformément aux dispositions de l'article L.221-6 du Code de la mutualité.

L'adhésion prend alors fin le dernier jour du mois au cours duquel la Mutuelle reçoit la lettre de résiliation ou, si cette date est postérieure, à la date d'effet des modifications notifiées par la Mutuelle.

e) En cas de non-paiement des cotisations

Les Options facultatives prennent également fin en cas de non-paiement des cotisations y afférentes, dans les conditions prévues à l'article 19 ci-avant.

f) Perte de la qualité d'Ayants droit du Membre participant

L'adhésion des Ayants droit cesse à la date à laquelle ils ne répondent plus à la qualité d'Ayants droit au sens de l'Annexe I du Contrat et, en tout état de cause, à la date à laquelle cesse l'adhésion du Membre participant.

g) Conséquences de la résiliation

Aucune prestation au titre de l'Option facultative ne peut être servie au Membre participant, ou le cas échéant à ses ayants droit, après la date d'effet de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient réunies avant cette date. A défaut, la Mutuelle pourra en exiger le remboursement par tout moyen.

La résiliation de l'adhésion du Membre participant à l'Option facultative choisie emporte également celle de ses ayants droit.

ARTICLE 26 – MAINTIEN DE GARANTIES

26.1 En cas de suspension du contrat de travail

a) Cas de maintien d'office des garanties

Les garanties du Contrat sont maintenues au profit des salariés Membres participants dont le contrat de travail est suspendu pendant la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien de salaire total ou partiel ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur et versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, ou encore dès lors qu'ils bénéficient d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce dernier cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunérée par l'employeur (reclassement, mobilité …).

Dans ce cas, le Souscripteur continue d'appeler et de verser la cotisation correspondant au Socle Entreprise, étant précisé que la part patronale continue à être versée par le Souscripteur selon les mêmes modalités que celles en vigueur pour les salariés en activité.

L'Adhérent, quant à lui, s'acquitte de la part salariale afférente aux cotisations obligatoires du Socle Entreprise selon les mêmes modalités que celles en vigueur pour les salariés en activité. Il s'acquitte également des cotisations afférentes à l'Extension facultative du Socle Entreprise et des Options facultatives, qu'il a souscrit(e)s le cas échéant, selon les modalités en vigueur.

b) Maintien de garanties à la demande du Membre participant

Les garanties sont suspendues pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, et qui ne bénéficient pas, pendant la période de suspension, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, ou encore d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Durant cette suspension aucune cotisation n'est due en ce qui concerne le Membre participant concerné ou ses éventuels ayants droit, dont les garanties sont suspendues.

La période de suspension intervient de plein droit à la date de suspension du contrat de travail et s'achève à la reprise effective du travail par le Membre participant, sous réserve que la Mutuelle en soit informée dans un délai de 15 jours suivants cette reprise. A défaut, la période de suspension des garanties prend fin à la date à laquelle la Mutuelle est informée de la reprise effective du travail du Membre participant. Les soins survenus pendant la période de suspension des garanties ne donnent lieu à aucune prise en charge au titre du présent Contrat. Seuls les soins réalisés antérieurement à la date de début de la suspension sont remboursés pendant la période de suspension.

Les Membres participants dont la période de suspension du contrat de travail ne donne pas lieu à un maintien de salaire ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, ou encore au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur peuvent toutefois bénéficier à titre facultatif du maintien de la garantie, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part employeur + part salarié) afférente au Socle Entreprise ainsi que de l'Extension facultative du Socle Entreprise et des Options facultatives.

Dans ce cas, les cotisations sont directement réglées par le Membre participant auprès de la Mutuelle.

La demande de maintien doit être formulée par écrit auprès de la Mutuelle. Les garanties prennent effet le premier jour de la suspension du contrat de travail dès lors que la demande de maintien à titre facultatif de la garantie est formulée dans le délai d'un mois suivant le début de la suspension du contrat de travail. A défaut, elle prend effet le 1er jour du mois suivant la réception par la Mutuelle de la demande.

Le maintien à titre facultatif de la garantie cesse :

- À la date de fin de suspension du contrat de travail du Membre participant ;
- À la date d'effet de la résiliation de la garantie, que celle-ci soit notifiée par le Membre participant pour l'échéance annuelle ou à tout autre moment après l'expiration d'un délai d'un an (dans le cadre de la Résiliation Infra Annuelle – RIA), étant précisé que cette résiliation est alors définitive ;
- En cas de défaut de paiement des cotisations tel que prévu à l'article 19 du présent contrat ;
- À la date d'effet de la résiliation du Contrat ;
- À la date de liquidation de la pension de retraite de la Sécurité sociale, à la date de cessation du contrat de travail, au jour du décès du Membre participant, sous réserve des dispositions des articles 26-2 et suivants ci-après.

26.2 Au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale – dispositif de portabilité pour les anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage (France Travail)

a) Conditions et Bénéficiaires

Les anciens salariés bénéficient du maintien de garanties en cas de cessation de leur contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

Il est applicable dans les mêmes conditions aux Ayants droit de l'ancien salarié qui bénéficient effectivement de la garantie à la date de la cessation du contrat de travail.

Les anciens salariés éligibles au dispositif de portabilité et, le cas échéant, leurs Ayants droit bénéficient des garanties du Contrat dans les mêmes conditions que les salariés actifs du Souscripteur. En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés et, le cas échéant, de leurs Ayants droit bénéficiant du dispositif de portabilité, seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Le maintien des garanties au titre de la portabilité des droits est financé par mutualisation ayant pour effet de dispenser employeur et ancien salarié de toute contribution financière au départ du salarié.

b) Prise d'effet et durée

Le maintien de la garantie 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 douze (12) mois.

Il est précisé que la suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour quelle que cause que ce soit, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties, qui ne sera pas prorogée d'autant.

c) Cessation

Le maintien des garanties cesse, tant pour le salarié que pour ses ayants droit :

- lorsque l'ancien salarié ne remplit plus les conditions fixées à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale ;
- dès que l'ancien salarié ne peut plus justifier de sa prise en charge par l'assurance chômage ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle ;
- à la date de liquidation de la pension vieillesse du régime de base de la Sécurité sociale ;
- au plus tard, au terme de la période de maintien des garanties prévue par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale ;
- en cas de résiliation pour quelque motif que ce soit du présent Contrat ;
- en cas de décès.

d) Obligation d'information du Souscripteur

L'employeur doit signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail dès sa survenance.

- À l'égard de l'ancien salarié :

  Le Souscripteur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail des anciens salariés.

  Le Souscripteur s'engage aussi à remettre à l'ancien salarié, l'exemplaire du « bulletin de portabilité » que la Mutuelle lui a fourni, après avoir rempli la partie le concernant, au plus tard 5 jours après la rupture du contrat de travail.

  Le Souscripteur informe également les anciens salariés de la résiliation du Contrat, en indiquant les conséquences que cela peut avoir sur leur maintien de garanties.

- À l'égard de la Mutuelle :

  En application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, le Souscripteur informe la Mutuelle, dans un délai de cinq (5) jours, de la cessation du contrat de travail des anciens salariés Bénéficiaires de ce dispositif de portabilité.

e) Obligation d'information à la charge de l'ancien salarié

L'ancien salarié doit justifier auprès de la Mutuelle de sa prise en charge par l'assurance chômage à l'ouverture et au cours de la période de portabilité.

L'ancien salarié doit adresser à la Mutuelle un bulletin de portabilité des droits et une nouvelle carte de tiers payant lui sera adressée ainsi qu'une attestation des droits.

26.3 Au titre de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, dite « Loi Evin »

En application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, lorsque les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues par l'article 2 de la même loi (c'est-à-dire soit sur la base d'une convention ou d'un accord collectif, soit à la suite de la ratification par la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, soit par décision unilatérale de l'employeur, contre les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité) peuvent bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien de garantie, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- **Les anciens salariés**, Bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite (sauf cumul emploi-retraite) ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande **dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail** ou, le cas échéant, **dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties dans le cadre de la portabilité dont ils bénéficient** (article 26-2 ci-avant).
- **Les Ayants droit garantis du chef de l'assuré décédé**, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande **dans les six mois suivant le décès**.

Les cotisations concernant les personnes susvisées adhérant dans le cadre de ce dispositif peuvent être supérieures à celles des salariés en activité. En application du décret n°2017-372 du 21 mars 2017 :

1° La première année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;

2° La deuxième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;

3° La troisième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;

4° A compter de la quatrième année, les plafonds précités ne sont pas applicables. La nouvelle couverture prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

26.4 Au titre de l'article 5 de la Loi Evin

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du Contrat, la Mutuelle peut maintenir la couverture, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit des salariés concernés, sous réserve qu'ils en fassent la demande avant l'expiration du préavis.

ANNEXE I – GLOSSAIRE

I. GLOSSAIRE – CONDITIONS GÉNÉRALES

Les termes employés dans les présentes Conditions Générales avec une majuscule ont le sens qui leur est donné ci-après :

« 100 % santé » :

Dispositif par lequel les Adhérents et Ayants droit couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100 % santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent 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 apparaitre un équipement de l'offre « 100 % santé ». Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100 % santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100 % santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

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

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

Ayants droit :

Les Ayants droit de l'Adhérent sont définis ci-après :

- son **conjoint** ;
- son **partenaire de Pacs**, avec lequel il est lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs). Cette Affiliation est effectuée à la condition que soit présentée, dans le cas du partenaire de Pacs, une attestation de moins de trois mois établissant leur engagement dans les liens d'un Pacs délivrée par le Greffe du Tribunal d'Instance.
- son **concubin** au sens de l'article 515-8 du Code civil. Dans le cas du concubinage, cette Affiliation est effectuée à la condition que soit présenté un justificatif de la situation de concubinage : attestation délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs, ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun).
- les enfants à charge répondant à la définition suivante :
  - **les enfants à charge** du Membre participant ou de son conjoint ou partenaire de Pacs ou concubin, pris en compte par le fisc pour la détermination du quotient familial :
    - . de moins de 18 ans ;
    - . de plus de 18 ans et de moins de 28 ans s'ils continuent leurs études secondaires ou supérieures ;
    - . de moins de 28 ans inscrits à France Travail et non indemnisés par France Travail.
  - les enfants porteurs de handicap sans limite d'âge.

Contrat : désigne le présent contrat collectif à adhésion obligatoire, avec extension facultative aux Ayants droit et Options facultatives, qui se compose des Conditions Générales et du Certificat de Souscription.

Conditions Générales : désigne les présentes conditions générales qui, avec le Certificat de Souscription, forment ensemble le Contrat.

Certificat de Souscription : stipulations du contrat, spécifiques à la situation du Souscripteur, précisant ou dérogeant aux Conditions Générales.

Mutuelle ou MGC : désigne la Mutuelle Générale des

Cheminots, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé 2 et 4 place de l'Abbé Georges Hénocque 75013 Paris, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 678 550, qui est l'assureur du Contrat.

Salariés : désigne les salariés du Souscripteur affiliés aux régimes obligatoires français de Sécurité sociale appartenant au personnel visé dans le Certificat de Souscription et tels que déclarés par le Souscripteur sur la liste du personnel à assurer.

Souscripteur [ou Employeur] : désigne la personne morale signataire du bulletin de souscription, qui souscrit le Contrat afin de garantir son personnel.

II. GLOSSAIRE – PRESTATIONS

Aides auditives :

Ces appareils améliorent l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif. Il existe différents types d'aides auditives : contours d'oreille classiques (microphone et écouteur situés à l'arrière du pavillon), contours à écouteur déporté (écouteur intra-auriculaire et microphone à l'arrière du pavillon), prothèses intra-auriculaires (microphone et écouteur dans la conque ou le conduit auditif), lunettes auditives et les appareils boîtiers.

Les aides auditives sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription médicale.

La prise en charge de ces appareils et de leurs accessoires par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) dépend du type d'appareil, de l'âge et du handicap.

Depuis le 1er janvier 2021, dans le cadre du dispositif des soins et équipements « 100 % santé », certaines aides auditives (sélectionnées sur la base de critères techniques et technologiques) sont prises en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des prix maximum que les audioprothésistes s'engagent à respecter.

Avant la vente, les audioprothésistes doivent remettre au patient un devis normalisé faisant systématiquement apparaître a minima un équipement de l'offre « 100 % santé ».

Les autres aides auditives (répondant à d'autres critères techniques et technologiques) sont prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire dans les mêmes conditions. Le remboursement par l'assurance maladie complémentaire dépend du niveau de garantie souscrite.

Dans tous les cas, la prise en charge des aides auditives comprend le remboursement de l'équipement et de toutes les prestations qui y sont liées (évaluation des besoins, choix de l'appareil, adaptation et réglages, accompagnement à l'utilisation, contrôle et suivi tout au long de l'utilisation de l'appareil) ainsi que des frais de dossier administratifs. Selon les recommandations professionnelles, pour une bonne utilisation des aides auditives, une visite de contrôle doit être réalisée deux fois par an ; elle est incluse dans le prix global déjà payé.

Assurance Maladie Obligatoire :

L'Assurance Maladie Obligatoire comprend l'ensemble des régimes obligatoires français et monégasque couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Synonymes : régimes obligatoires (de protection sociale) (RO), Sécurité sociale, régimes de base.

Assurance Maladie Complémentaire :

Ensemble des garanties assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou ses ayants droit, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire.

ATM (Actes techniques médicaux) :

Ils désignent un code utilisé par la classification commune des actes médicaux (CCAM) dans le cadre de la transmission de données entre les régimes obligatoires et les régimes complémentaires.

Le code ATM regroupe les actes techniques médicaux réalisés par les médecins, hors imagerie.

Auxiliaires médicaux :

Professionnels paramédicaux – à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes... – dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Base de remboursement :

Tarif de référence de l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement. On parle de :

- Tarif de Convention (TC) : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de cette profession ;
- Tarif d'Autorité (TA) : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de socle de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention ;
- Tarif de Responsabilité (TR) : pour les médicaments, les appareillages et autres biens médicaux.

Chirurgie Ambulatoire :

C'est la chirurgie réalisée à l'occasion d'une hospitalisation de moins de 24 heures dans un établissement de santé (sans nuitée) ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

Chirurgie réfractive :

Différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels. L'Assurance Maladie Obligatoire ne prend pas en charge ces opérations, mais celles-ci peuvent l'être par l'assurance maladie complémentaire.

La chirurgie réfractive comprend les opérations de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie... En revanche, la cataracte n'est pas incluse dans la chirurgie réfractive.

Chambre Particulière/chambre individuelle :

Cette prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne).

La chambre individuelle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. La chambre individuelle n'est pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement, comme par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite.

La chambre particulière est prise en charge en soins de suite et de réadaptation uniquement au sein d'une structure figurant dans l'annuaire du site sanitaire-social.com, répertoriant la liste complète des centres de SSR.

Une chambre particulière peut être facturée à l'occasion d'une hospitalisation ambulatoire.

Le coût de la chambre individuelle varie selon les établissements et les services.

En cas d'hospitalisation de l'adhérent ou de son Ayant droit bénéficiaire, la Mutuelle prend en charge les frais de location d'un téléviseur ou ceux afférents à un forfait internet (Wifi) dans le cadre d'un forfait journalier fixé au tableau des garanties, **pour une durée maximale de 30 jours par hospitalisation**, et dans la limite de la dépense réelle.

Cette garantie est accessible dès lors qu'il y a hospitalisation, sans limitation quant au nombre d'hospitalisations dans l'année.

Consultation médicale

C'est l'examen physique et/ou mental d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste, un chirurgien – dentiste ou une sage femme, généralement effectué au cabinet du professionnel de santé, en centre de santé ou au sein d'un établissement de santé, ou à distance, dans le cadre d'une téléconsultation.

Contrat « Responsable et Solidaire »

La loi qualifie une couverture complémentaire santé de « solidaire » lorsque l'organisme complémentaire d'assurance maladie ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé de l'individu couvert, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

La loi qualifie une couverture complémentaire santé de « responsable » lorsqu'elle rembourse :

- le ticket modérateur, selon le respect du parcours de soins coordonné, des soins et biens remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (hormis quelques exceptions) ;
- le forfait journalier hospitalier ;
- un niveau de garanties minimum correspondant au panier de soins « 100 % santé » pour les lunettes, une partie des prothèses dentaires, certaines aides auditives, la location de courte durée de véhicules pour personnes en situation de handicap, et certaines prothèses capillaires (classe II) dans la limite des tarifs maximums prévus dans le cadre du 100 % santé.

Elle peut également prendre en charge, de façon encadrée, les dépassements d'honoraires médicaux avec un remboursement maximum pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO).

En revanche, elle ne doit pas rembourser :

- les majorations du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins ;
- la participation forfaitaire de 2 euro applicable aux consultations et certains examens médicaux ;
- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport (exemple : 1 euros par boite de médicament).

Une couverture complémentaire santé responsable doit respecter les délais de renouvellement des équipements : deux ans pour les lunettes et 4 ans pour les aides auditives, sauf cas dérogatoires.

Une couverture complémentaire santé responsable prend en charge tous les actes de prévention considérés comme prioritaires par le ministère de la santé et de la prévention pour lesquels un ticket modérateur est appliqué.

Les contrats « solidaires et responsables » représentent la très grande majorité des contrats offerts sur le marché.

Conventionné / non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire

Les frais pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnels ou établissements de santé) a passé ou non une convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire et se conforme aux conditions et tarifs de facturation prévus par celle-ci.

1/ Professionnels de santé

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels. On parle alors de tarif conventionnel. Le tarif conventionnel est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à le respecter.

Depuis 2019 et progressivement, le tarif de certaines prothèses dentaires est plafonné. Les chirurgiens – dentistes s'engagent à respecter ces tarifs plafonds. Il en est de même pour certains équipements d'optique et certaines aides auditives relevant du panier à prise en charge renforcée.

Les honoraires des professionnels de santé conventionnés sont remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire sur la base du tarif de convention, dans les conditions de réalisation des actes et de leur facturation prévues par celle-ci.

Ainsi, les médecins conventionnés autorisés à pratiquer des honoraires différents, souvent appelés de « secteur 2 », peuvent facturer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires sur les tarifs de convention. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et l'orthodontie. Dans tous les cas, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux Bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire.

Les professionnels de santé « non conventionnés » (qui n'ont pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de leur profession ou qui en ont été exclus) fixent eux – mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité », très inférieur au tarif de convention.

2/ Établissements de santé

Les frais pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement a passé ou non un contrat avec l'Agence régionale de santé compétente.

Cotisations

Dans le cadre d'un contrat de complémentaire santé, c'est le montant dû par l'adhérent ou assuré en contrepartie du bénéfice des garanties et des éventuels services associés proposés par l'organisme complémentaire d'assurance maladie : c'est le prix de la couverture complémentaire santé. On ajoute les taxes auxquelles sont assujetties les couvertures complémentaires santé pour obtenir le prix à payer.

Cure thermale

C'est un séjour dans un centre thermal afin de traiter certaines affections. Les cures thermales sont remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire sous certaines conditions. Elles doivent notamment être prescrites par un médecin.

Délai d'Attente

Il s'agit de la période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas – ou de manière limitée – bien que l'assuré cotise. Elle commence à courir à compter du jour de la souscription, de l'adhésion à la couverture complémentaire santé ou de son renouvellement ou à l'occasion d'un changement de garantie en cours de contrat. Depuis le 1er janvier 2016, les couvertures complémentaires santé responsables ne peuvent pas prévoir de délai d'attente pour les soins et biens en lien avec le caractère responsable du contrat.

Synonymes : délai ou clause de stage, délai de carence

Demande de Prise en Charge par la Mutuelle

La demande formulée auprès de l'organisme complémentaire d'assurance maladie, avant d'engager certaines dépenses (hospitalisation, prothèses dentaires…) permet de vérifier que les soins envisagés sont bien couverts par la garantie, et le cas échéant, de demander à bénéficier d'une dispense d'avance des frais. En pratique, c'est souvent le professionnel de santé ou l'établissement qui effectue cette démarche pour le compte de l'assuré ou adhérent, sur la base d'un devis.

Dentaire

Ce terme désigne les actes et prestations bucco-dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste, un orthodontiste ou un stomatologue et qui comprennent : les soins dentaires (consultation, détartrage…), les prothèses dentaires, l'orthodontie, la parodontologie, l'implantologie …

Depuis 2020, dans le cadre du dispositif de soins et d'équipements « à prise en charge renforcée », certaines prothèses dentaires sont remboursées intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires introduits et sous réserve que le chirurgien-dentiste respecte les conditions relatives au dispositif de « prise en charge renforcée ».

Dépassement d'Honoraires

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient.

La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si ses garanties le prévoient.

Synonyme : dépassements.

Dispositif de pratiques tarifaires maitrisés (OPTAM / OPTAM-ACO)

Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-ACO) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

L'option de pratique tarifaire maîtrise (OPTAM) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1er janvier 2013).

L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en anesthésie, chirurgie et obstétrique (OPTAM-ACO), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité en anesthésie, chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Ces options ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en soutenant une part substantielle d'activité à tarif opposable par l'amélioration du niveau de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire et la limitation des dépassements d'honoraires.

En outre, lorsqu'ils prennent en charge les dépassements d'honoraires, les contrats de complémentaire santé responsables doivent mieux rembourser les dépassements d'honoraires d'un médecin adhérent à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO que ceux d'un médecin non adhérent. En outre, un maximum de remboursement des dépassements d'honoraires est introduit pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO.

Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO, le site annuairesante.ameli.fr est à la disposition de tous.

Dispositifs médicaux

Les dispositifs médicaux sont constitués de tout instrument, appareil, équipement, matière, ou produit, utilisé seul ou en association (y compris les accessoires et logiciels nécessaires à son bon fonctionnement), utilisé à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme.

Les dispositifs médicaux et certaines prestations associées sont pris en charge s'ils sont inscrits à la liste des produits et prestations (LPP).

Établissements de soins de suite

L'offre de soins en SSR s'organise autour d'établissements polyvalents, spécialisés, et d'établissements reconnus comme experts par les agences régionales de santé pour accompagner certaines situations complexes ou activités qui nécessitent la mise à disposition de compétences et d'équipements très spécifiques.

La liste complète des centres se Soins de Suite et de Réadaptation est mise à jour régulièrement sur l'annuaire du site sanitaire-social.com.

Forfait « 32 euros »

Elle correspond à la participation ci-dessus rappelée, et prévue au I de l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale.

Il s'agit d'un ticket modérateur forfaitaire à la charge de l'assuré sur certains actes.

Cette participation forfaitaire s'applique sur les actes pratiqués, en ville ou en établissement de santé, dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros, ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'Assurance Maladie Obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60.

Depuis le 1er avril 2026, le montant de cette participation est de 32 euros.

Certains actes sont exonérés de toute participation de l'assuré et, à ce titre, ne sont pas concernés par le forfait sur les actes dits « lourds » (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100 % du fait d'une ALD…).

Cette participation forfaitaire est intégralement prise en charge par la mutuelle, sauf dans le cas où elle est remboursée par le régime obligatoire..

Synonyme : participation forfaitaire de 32 €

Forfait Journalier Hospitalier

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Depuis le 1er mars 2026, son montant est de 23 € par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 17 € par jour pour un séjour en psychiatrie.

Ce forfait n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire, mais il est pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse).

Synonymes : forfait hospitalier, forfait journalier.

Frais d'Accompagnement

Ces frais correspondent aux facilités (exemple d'un lit) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).

Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, mais peuvent en revanche être pris en charge par certaines couvertures complémentaires santé.

Frais de Séjour

Ce sont les frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses...

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Les frais de séjour sont pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire au taux de 80 % (ou de 100 % dans certains cas : actes coûteux notamment), le ticket modérateur (les 20 % restant) étant systématiquement remboursé par l'assurance maladie complémentaire lorsque la couverture complémentaire santé est responsable.

Franchise médicale

Somme déduite des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1er janvier 2008. Son montant est de :

- 1 € par boîte de médicaments ;
- 1 € par acte paramédical ;
- 4 € par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 4 € par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 8 € par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, Bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'Aide Médicale de l'État, femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse.

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé « responsables et solidaires ».

Voir également : contrat « responsable et solidaire »

Garantie aux frais réels

Certaines garanties de complémentaire santé prévoient une prise en charge aux frais réels. Dans ce cas, la totalité des dépenses engagées par l'assuré est remboursée.

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 sage-femmes) se distinguent des honoraires paramédicaux (perçus par les professionnels paramédicaux).

Honoraires limite de facturation

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ». Depuis 2019, des honoraires limites de facturation sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier « à prise en charge renforcée » (100 % santé).

Honoraires de dispensation

Cette rémunération du pharmacien d'officine est destinée à valoriser la dispensation d'un médicament qui comprend : l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients.

Il existe cinq honoraires de dispensation :

- **un honoraire de dispensation au conditionnement ;**
- **un honoraire par ordonnance dite complexe (5 lignes et plus de prescription de médicaments remboursables) ;**
- **un honoraire de dispensation perçu pour l'exécution de toute ordonnance de médicaments remboursables ;**
- **un honoraire de dispensation pour toute exécution d'ordonnance pour des jeunes enfants et des patients âgés ;**
- **un honoraire de dispensation particulière pour toute exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments dits spécifiques.**

Selon les cas, la prise en charge de ces honoraires est identique à celle des médicaments auxquels ils se réfèrent, fixée à 70 % ou 100 % par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Hospitalisation

L'hospitalisation désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine (dialyse...).

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique et permet d'assurer des soins chez le patient.

Imagerie médicale

L'imagerie médicale est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement. Il existe plusieurs techniques d'imagerie médicale : radiologie, échographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), endoscopie, scanner, laser...

Implantologie Dentaire

L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles on fixe une prothèse.

L'implantologie n'est pas remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire, mais peut en revanche être prise en charge par certaines complémentaires santé.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser un implant. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de l'implant et le prix des prestations associées à sa pose.

Inlays et Onlays

Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Différents matériaux peuvent être utilisés (métalliques, en composite ou en céramique).

Les tarifs facturés par les chirurgiens-dentistes pour ces actes sont en général supérieurs à la base de remboursement. Les inlays-onlays ne figurent pas dans le panier « 100 % santé ». Leur tarif est toutefois plafonné depuis le 1er janvier 2021 (pour les inlay composite). Certains contrats responsables peuvent prendre en charge les dépenses engagées au-delà de la base de remboursement pour ces actes dans la limite du plafond fixé.

Le chirurgien-dentiste doit remettre un devis à son patient avant d'effectuer ces actes.

Inlay Core

Dispositif prothétique servant de support pour la mise en place d'une couronne. Il est nécessaire lorsque la dent est très délabrée. Depuis 2020, cet acte est pris en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, lorsqu'il est associé à une prothèse dentaire relevant du panier « 100 % santé », dans la limite du tarif maximal défini pour cet acte.

Lentilles (ou lentilles de contact)

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

Médecin Traitant

Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès de l'Assurance Maladie Obligatoire. 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.

NOEMIE

NOEMIE est le nom donné à la norme d'échange entre l'Assurance Maladie Obligatoire et l'assurance maladie complémentaire. C'est par ce moyen que l'Assurance Maladie Obligatoire transmet aux organismes complémentaires les informations nécessaires au remboursement d'un assuré ou adhérent.

Ordonnance

C'est le document délivré par un médecin et sur lequel figurent ses prescriptions.

Les prescriptions peuvent concerner la délivrance de produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux) d'examens complémentaires (biologie…) ou la réalisation d'actes de soins par d'autres professionnels de santé (autre médecin, pharmacien, auxiliaire médical…).

La production de ce document est indispensable pour la délivrance de ce produit de santé ou la réalisation de cet acte, ainsi que pour leur remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Orthodontie

Il s'agit de la discipline médicale pratiquée par les orthodontistes (médecins stomatologues ou chirurgiens – dentistes). Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (les dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées…), grâce à des appareils dentaires.

L'Assurance Maladie Obligatoire prend partiellement en charge le traitement des enfants commencé avant l'âge de 16 ans. Ces remboursements ne permettent pas de couvrir l'intégralité des frais d'un traitement d'orthodontie, d'autant plus que les dépassements d'honoraires sont fréquents. Il est important d'obtenir un devis avant de commencer le traitement. Les couvertures complémentaires peuvent compléter les remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire. Les couvertures complémentaires peuvent également prendre en charge l'orthodontie des adultes.

Parcours de soins coordonnés

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

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonné une personne qui :

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'Assurance Maladie Obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention ;
- consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », après lui avoir été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire est diminué.

La majoration de la participation de l'assuré considéré hors parcours de soins ne peut pas être remboursée par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

Parodontologie

Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...).

Le traitement de parodontologie vise à rétablir et

à maintenir la santé de ces tissus et donne lieu à différents actes tels que :

- l'apprentissage d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse ;
- l'élimination des causes d'infection (détartrage des racines….) ;
- le traitement chirurgical parodontal (greffe) si les tissus sont détruits ;
- le contrôle périodique du patient.

L'Assurance Maladie Obligatoire ne rembourse qu'une partie de ces traitements.

Participation Forfaitaire de deux euros

Cette participation forfaitaire de deux euros est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse et jusqu'au 12e jour suivant la date de l'accouchement ;
- et des Bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Si au cours de la même journée, vous consultez plusieurs fois le même médecin ou si vous bénéficiez de plusieurs actes effectués par le même professionnel, le forfait est appliqué dans la limite de 4 € par jour et par médecin.

La participation forfaitaire est par ailleurs plafonnée à un montant de 50 € par an et par personne

La participation forfaitaire de deux euros n'est pas remboursée par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

Prix limite de vente

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

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

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

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

Prescription médicale

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

Prestations

Il s'agit des montants remboursés à un Adhérent ou ses Ayants droit par l'organisme d'assurance maladie complémentaire en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

Prothèses dentaires

Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types.

Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue durablement la dent pour la protéger. Lorsque plusieurs dents sont absentes, la reconstitution peut s'effectuer sous forme de bridge. Les prothèses fixes remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire sont réalisées dans les types de matériaux suivants : couronne métallique, céramo-métallique, zircone et céramo-céramique.

Les prothèses amovibles sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s'enlever et qui remplacent généralement plusieurs dents. Depuis 2019, et de façon progressive, les chirurgiens-dentistes se sont engagés à appliquer des honoraires limités selon le type de prothèse et la localisation de la dent (canine, incisive, prémolaire, molaire).

Pour certaines prothèses dentaires, entrant dans le panier de soins « 100 % Santé », les contrats complémentaires responsables prennent en charge, depuis 2020 et 2021, en plus de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, l'intégralité des dépenses engagées, permettant ainsi à l'adhérent ou assuré de n'avoir aucun frais restant à sa charge, sous réserve que les chirurgiens-dentistes respectent les tarifs maximum fixés. Les prothèses dentaires qui n'entrent pas dans le panier de soins « 100 % Santé » sont prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire dans les mêmes conditions. Le remboursement par l'assurance maladie complémentaire dépend du niveau de garantie souscrite. Les chirurgiens-dentistes doivent également respecter les tarifs maximums fixés pour certaines de ces prothèses qui n'entrent pas dans le panier « 100 % Santé ».

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser une prothèse dentaire. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de la prothèse et le prix des prestations associées.

Il doit nécessairement comporter une proposition entrant dans le panier « 100 % Santé » ou à défaut hors champ du panier « 100 % Santé » mais soumis à un tarif maximum de facturation, lorsqu'une telle proposition existe.

Réseau de soins

Les réseaux de soins sont créés par des conventions conclues entre des organismes complémentaires d'assurance maladie (directement ou par l'intermédiaire d'un tiers) et des professionnels ou des établissements de santé.

Avec leurs réseaux de soins, les organismes complémentaires d'assurance maladie peuvent offrir des soins de qualité aux adhérents et assurés à des tarifs moindres et/ou avec une meilleure prise en charge.

Reste à Charge

C'est la part des dépenses de santé ou des frais qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et de sa complémentaire santé.

Après intervention de l'AMO, le reste à charge est constitué :

- du ticket modérateur (sur les soins et prestations remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire) ;
- de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire ;
- des éventuels dépassements d'honoraires ou tarifaires ;
- de l'éventuel forfait journalier hospitalier ;
- des frais liés aux soins et prestations non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

L'assurance maladie complémentaire couvre, selon le caractère responsable et solidaire du contrat ou non et selon les postes de garanties, tout ou partie du reste à charge.

Secteur 1 / Secteur 2

Les tarifs pratiqués par les médecins conventionnés avec l'Assurance Maladie Obligatoire et la base de remboursement de cette dernière varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'exercice (secteur à honoraires opposables dit secteur 1 ou à honoraires libres dit secteur 2).

- **Le médecin conventionné de secteur 1** applique le tarif fixé par la convention nationale conclue entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants syndicaux de la profession (tarif opposable). Les dépassements d'honoraires ne sont autorisés qu'en cas de demande particulière du patient comme, par exemple, une consultation en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.
- **Le médecin conventionné de secteur 2** pratique des honoraires libres. Il est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires avec « tact et mesure ». Les médecins ont l'obligation d'afficher « de manière lisible et visible dans leur salle d'attente » leur secteur d'activité, leurs honoraires et le montant d'au moins cinq prestations les plus couramment pratiquées. Les médecins de secteur 2 doivent « donner préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'ils comptent pratiquer ».

Dans tous les cas, les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, mais peuvent être pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

Sauf cas particuliers, les médecins ont l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires aux Bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire et de l'Aide Médicale d'État

Soins Courants

Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires…

Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations et actes en « soins externes ») sont considérées comme des soins de ville.

Synonymes : soins ambulatoires, soins externes, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires, frais ou soins médicaux courants.

Soins dentaires

C'est l'ensemble des actes du chirurgien-dentiste ou du stomatologue qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels. Le chirurgien-dentiste a l'obligation de respecter les tarifs fixés par l'Assurance Maladie Obligatoire pour ces soins, sans possibilité de pratiquer des dépassements (à l'exception des inlays-onlays).

Soins de suite et de réadaptation (SSR)

Soins ayant vocation à prévenir ou à réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et à promouvoir leur réadaptation et leur insertion.

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

Sur complémentaire

Couverture supplémentaire destinée à compléter les garanties d'une première assurance maladie complémentaire sur certains postes de soins.

Taux de remboursement de l'assurance maladie

Pour déterminer le montant de sa prise en charge, l'Assurance Maladie Obligatoire applique un taux de remboursement à la base de remboursement. Le montant qui en résulte peut-être, le cas échéant, minoré

de la franchise ou de la participation forfaitaire, pour aboutir au montant effectivement versé à l'assuré par l'Assurance Maladie Obligatoire.

La part non remboursée de la base de remboursement est le ticket modérateur.

La base de remboursement peut ne pas correspondre au prix réel de la prestation ou du produit. Le taux de remboursement varie selon la prestation ou le produit. Il est par exemple, de :

- 70 % de la base de remboursement pour les actes médicaux ;
- 60 % de la base de remboursement pour les actes paramédicaux ;
- 60 % de la base de remboursement pour l'appareillage (lunettes, aides auditives,...) ;
- 100 %, 65 %, 30 % ou 15 % pour les médicaments.

Le taux de remboursement peut aussi varier en fonction de la situation de l'assuré (par exemple 100 % en cas de maternité ou d'affection de longue durée) ou encore du respect par le patient des règles du parcours de soins coordonnés (remboursement minoré des consultations et actes « hors parcours »).

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation d'un euro ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD).

Le ticket modérateur peut être forfaitaire (il est fixé à 32 €) pour certains actes dits « lourds ».

La participation forfaitaire de 2 euros, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble de ces frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire responsables (sauf exceptions).

Transport

Plusieurs types de transports peuvent être prescrits par un médecin en fonction de l'état de santé et du degré d'autonomie du patient. Il peut s'agir d'une ambulance, d'un véhicule sanitaire léger (VSL), mais aussi d'un taxi conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire, des transports en commun, etc.

Les frais de transport sont remboursés à 55 % du tarif de l'Assurance Maladie Obligatoire. Ils sont calculés sur la base de la distance entre le lieu où la personne à transporter se situe et la structure de soins pouvant donner les soins appropriés la plus proche. La prise en charge de certains transports, même prescrits par un médecin, nécessite l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie Obligatoire : c'est le cas des transports de longue distance, des transports en série, des transports en avion ou bateau de ligne, et des transports liés aux soins ou traitements des enfants et adolescents dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

Vaccins

Les vaccins sont des médicaments injectables qui jouent un rôle essentiel dans la prévention et la protection contre de nombreuses maladies infectieuses. Onze vaccinations sont obligatoires pour les enfants nés depuis le 1er janvier 2018 : il s'agit des vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, les infections invasives à Haemophilus influenzae de type b, l'hépatite B, les infections à pneumocoque, les infections invasives à méningocoque de sérogroupe C, la rougeole, les oreillons et la rubéole.

Les autorités définissent chaque année le calendrier des vaccinations obligatoires et de celles qui sont recommandées (par exemple : grippe, papillomavirus).

Les vaccins obligatoires ainsi que la majorité des vaccins recommandés sont remboursés, sur prescription médicale, par l'Assurance Maladie Obligatoire au taux de 65 %. L'assurance maladie complémentaire complète le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Et elle peut prendre en charge des vaccins non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Certains vaccins sont remboursés à 100 % par l'Assurance Maladie Obligatoire pour des catégories de populations ciblées (grippe saisonnière, par exemple pour les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes atteintes de certaines affections de longue durée, rougeole-oreillons-rubéole pour les enfants et les jeunes de 12 mois à 17 ans révolus).

Notice d’information

Santé Collective Transport Routier

Complémentaire « Frais de santé » obligatoire
+ options facultatives

Applicable au 1er janvier 2027

ATTESTATION DE REMISE DE NOTICES D'INFORMATION ET STATUTS

IMPORTANT / À REMETTRE À L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e), ……certifie avoir reçu de mon employeur :

- les statuts de la Mutuelle Générale des Cheminots,
- les notices d'information « frais de santé » et « assistance » afférentes au contrat collectif d'assurance complémentaire santé à Affiliation obligatoire.

À .....

Le .....

Cachet de l'employeur :

Signature du Salarié :

Sommaire

PRÉAMBULE **52**
DÉFINITIONS PRÉALABLES **52**
CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES **53**
ARTICLE 1 – OBJET 53
ARTICLE 2 – BÉNÉFICIAIRES 53
ARTICLE 3 – DATE D'EFFET DES GARANTIES 53
ARTICLE 4 – CESSATION DE LA GARANTIE 54
ARTICLE 5 – FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE 54
ARTICLE 6 – NON-PAIEMENT DES COTISATIONS 54
ARTICLE 7 – SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL 54
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 » 54
ARTICLE 9 – MAINTIEN DES GARANTIES DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI « ÉVIN » N° 89-1009 DU 31 DÉCEMBRE 1989 54
ARTICLE 10 – PRESCRIPTION DES ACTIONS 55
ARTICLE 11 – GARANTIES OPTIONNELLES 55
CHAPITRE II – DÉFINITION DES PRESTATIONS **56**
ARTICLE 12 – PRESTATIONS REMBOURSÉES 57
ARTICLE 13 – LIMITES DES GARANTIES ET EXCLUSIONS 57
ARTICLE 14 – PLAFOND DES REMBOURSEMENTS 57
ARTICLE 15 – DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINES GARANTIES 57
CHAPITRE III – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS **58**
ARTICLE 16 – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS 58
ARTICLE 17 – PAIEMENT DES PRESTATIONS 59
ARTICLE 18 – TIERS PAYANT 59
ARTICLE 19 – PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE 59
ARTICLE 20 – PRESTATIONS INDUES 59
ARTICLE 21 – RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES 59
ARTICLE 22 – FONDS DE SOLIDARITÉ OLIVIER 59
ARTICLE 23 – DISPOSITIONS DIVERSES 59
ANNEXE **61**
LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR UN REMBOURSEMENT 61

PRÉAMBULE

Votre employeur, relevant de la Convention collective nationale des transports routiers et activités auxiliaires du transport du 21 décembre 1950, a adhéré au contrat collectif d'assurance complémentaire santé, satisfaisant aux conditions des contrats responsables, à Affiliation obligatoire Offre « Santé Collective Transport Routier » 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 du 1er octobre 2012 tel que modifié dernièrement par avenant n°4 du 13 avril 2026, et « assistance ». Il est expressément rappelé que pour le transport routier de voyageurs, les garanties doivent être conformes au panier de soins ANI.

Les garanties prévues au Contrat se composent :

- d'un socle de base minimum, dénommé « Socle Entreprise », mis en place par votre employeur de manière obligatoire. Votre employeur a choisi pour ce Socle Entreprise parmi 4 niveaux : Niveau 1, Niveau 2, Niveau 3 ou Niveau 4 ;
- d'une ou plusieurs options complémentaires facultatives sélectionnées le cas échéant par votre employeur, destinées à améliorer les garanties du Socle Entreprise.

Ce contrat, d'une durée d'un an à reconduction tacite, est régi par la loi française. Il a pour objet de garantir, en complément des prestations en nature versées par la Sécurité sociale, le remboursement de vos frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et ceux de vos Ayants droit dans la limite des garanties et des niveaux choisis.

Vous trouverez dans cette notice d'information un résumé de ce contrat.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à votre employeur.

DÉFINITIONS PRÉALABLES

Les termes inscrits dans la présente notice ont la signification suivante.

« 100 % santé » : Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100 % santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100 % santé ». Les contrats de complémentaire santé responsables remboursent quant à eux obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « 100 % santé ». Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100 % santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaitre un équipement de l'offre « 100 % santé ». Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100 % santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100 % santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

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

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

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

Affiliation : lien contractuel entre la Mutuelle et le Salarié ainsi, le cas échéant, que ses ayants droit, au titre des garanties collectives souscrites par l'employeur.

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, 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. La couverture complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si le contrat le prévoit. Dans ce cas, le niveau de remboursement est plafonné pour les médecins non adhérents à l'OPTAM (obligation contrat responsable).

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

Établissements de soins de suite : l'offre de soins en SSR s'organise autour d'établissements polyvalents, spécialisés, et d'établissements reconnus comme experts par les agences régionales de santé pour accompagner certaines situations complexes ou activités qui nécessitent la mise à disposition de compétences et d'équipements très spécifiques.

La liste complète des centres de Soins de Suite et de Réadaptation est mise à jour régulièrement sur l'annuaire du site sanitaire-social·com.

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

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

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

Les honoraires peuvent être perçus dans un établissement hospitalier (en clinique ou dans le cadre du secteur privé à l'hôpital) ou dans un cabinet. Les honoraires médicaux (perçus par les médecins 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…).

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

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

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

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

Mutuelle : désigne la Mutuelle Générale des Cheminots (MGC), mutuelle régie par le code de la Mutualité, soumise aux dispositions de son livre II et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, ACPR.

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

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

Si le contrat propose la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM et OPTAM-ACO) prévu par la convention nationale médicale, cette prise en charge est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

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

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

Portabilité : maintien à titre gratuit du bénéfice des garanties collectives en vigueur dans l'entreprise au

profit d'un ancien Salarié et, le cas échéant, de ses ayants droit, en cas de cessation de son contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, conformément à l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale.

Prix limite de vente (PLV) : Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente aux 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, les lunettes, les prothèses capillaires et les véhicules pour personnes en situation de handicap retenus dans les paniers « à prise en charge renforcée » ont des prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les Adhérents et leurs Ayant droit puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

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

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 – OBJET

La présente notice définit les garanties prévues par le contrat collectif d'assurance complémentaire santé à Affiliation obligatoire, au sens du 1° du III de l'article L.221-2 du code de la mutualité, satisfaisant aux conditions des contrats responsables et du panier de soins, 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 1er octobre 2012, tel que modifié dernièrement par avenant n°3 du 3 février 2022, relatif à la protection santé et conclu dans le cadre de la Convention collective nationale des transports routiers et activités auxiliaires du transport. Le cas échéant, elle définit les options complémentaires facultatives 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 au Socle Entreprise.

Si votre employeur choisit de ne pas couvrir les Ayants droit de manière obligatoire, vous avez la possibilité d'étendre le bénéficie de vos garanties (Socle Entreprise et Option facultative) à vos Ayants droit tels que définis ci-après.

Vos Ayants droit sont :

- votre conjoint, marié et non séparé ;
- votre partenaire de Pacs, avec lequel vous êtes lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs). Cette Affiliation est effectuée à la condition que soit présentée, dans le cas du partenaire de Pacs, une attestation de moins de trois mois établissant leur engagement dans les liens d'un Pacs délivrée par le Greffe du Tribunal d'Instance ;
- votre concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil. Dans le cas du concubinage, cette Affiliation est effectuée à la condition que soit présenté un justificatif de la situation de concubinage : attestation délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs, ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun).
- les enfants à charge répondant à la définition suivante :
  - les enfants à votre charge, ou à charge de votre conjoint ou partenaire de Pacs ou concubin, pris en compte par le fisc pour la détermination du quotient familial :
    - de moins de 18 ans (sans justificatif) ;
    - de plus de 18 ans et de moins de 28 ans s'ils continuent leurs études secondaires ou supérieures ;
    - de moins de 28 ans inscrits à France Travail et non indemnisés par France Travail.
  - les enfants porteurs de handicap sans limite d'âge.

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

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 ou titre de séjour) ;
- 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 droit justifiant de l'Affiliation du ou des ayants droit bénéficiaires à l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- s'agissant de votre conjoint : une copie du livret de famille ;
- s'agissant de votre partenaire de PACS : une attestation d'engagement dans les liens d'un PACS ;
- s'agissant de votre concubin : un certificat de vie commune ou, à défaut, une attestation sur l'honneur de vie commune ;
- s'agissant des enfants majeurs fiscalement à votre charge, à celle de votre conjoint, de votre concubin ou de votre partenaire de PACS :
  - Pour les enfants de 18 à 25 ans et poursuivant leurs études : un justificatif de scolarité ou un certificat d'apprentissage ou une copie du contrat de formation en alternance ou une copie du certificat d'inscription à France Travail ainsi qu'une attestation sur l'honneur de rattachement fiscal ;
  - Pour les enfants de 25 à 28 ans et poursuivant leurs 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

ARTICLE 2.3 – MISE À JOUR DES INFORMATIONS

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

ARTICLE 2.4 – MODALITÉS DE RADIATION D'UN AYANT DROIT BÉNÉFICIAIRE

L'Affiliation des Ayants droit cesse en cas de survenance de l'un des évènements 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 1er jour du mois suivant la déclaration de l'évènement adressée à la Mutuelle, accompagnée d'une attestation de l'employeur exposant notamment la nature des garanties, leur caractère obligatoire, la date d'effet de l'Adhésion du Salarié ;
- en cas de bénéfice du dispositif de protection complémentaire en matière de santé (« complémentaire santé solidaire »), la résiliation prend alors effet à compter de la date d'ouverture des droits à la « complémentaire santé solidaire ».

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

ARTICLE 3 – DATE D'EFFET DES GARANTIES

Le contrat entraîne l'Affiliation, à titre obligatoire, de chaque Salarié appartenant à la catégorie de personnel définie dans le certificat de souscription et de ses ayants droit, le cas échéant, 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 contrat souscrit 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 contrat sous réserve d'avoir été déclaré à la Mutuelle dans les 30 jours de ladite entrée.

La date d'effet de l'Affiliation d'un Ayant droit intervient :

- soit à la date d'effet de votre Affiliation si elle est concomitante à la vôtre ;
- au 1er jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion modificatif, sous réserve que celui-ci parvienne complété et signé à la mutuelle dans les 10 jours suivant cette date, à l'exception de l'inscription d'un nouveau-né, qui intervient au jour de naissance ou de l'adoption si l'Affiliation est réalisée dans les 30 jours suivant cet évènement,
- soit à la date à laquelle l'Ayant droit qui bénéficiait d'une dispense cesse d'en bénéficier.

En cas d'Affiliation en cours de mois, seule la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert est due.

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

ARTICLE 4 – CESSATION DE LA GARANTIE

Les garanties cessent de plein droit :

- **à la date de résiliation du contrat souscrit par votre employeur ;**
- **à la date de rupture de votre contrat de travail sous réserve, le cas échéant, des dispositions de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale relatif au dispositif de portabilité ;**
- **à la date à laquelle vous ne relevez plus de la catégorie de personnel définie par le certificat de souscription ;**
- **à la date de votre décès figurant sur l'acte de décès transmis à la Mutuelle.**

Les garanties cessent le dernier jour du mois au cours duquel survient l'évènement, à minuit. Toutefois, dans le cas du décès du Salarié, la Mutuelle restitue la part de cotisation correspondant à la période postérieure à la date du décès.

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

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

Par ailleurs, l'Affiliation des Ayants droit à l'Extension facultative du Socle Entreprise prend fin dans les mêmes conditions que celles prévues par l'article 11.2 de la présente notice pour la cessation des garanties à une Option facultative.

ARTICLE 5 – FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

Vos déclarations servent de base à la garantie. La Mutuelle se réserve ainsi la possibilité de vérifier les données communiquées.

Conformément à l'article L.221-14 du code de la mutualité, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque, la garantie accordée par la Mutuelle est nulle. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

ARTICLE 6 – NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

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

Vous êtes informé qu'à l'expiration du délai, le défaut de paiement de la cotisation par votre employeur est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat souscrit par votre employeur, sauf si vous entendez vous substituer à votre employeur pour le paiement des cotisations.

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

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

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

ARTICLE 7 – SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

ARTICLE 7.1 – SUSPENSION INDEMNISÉE

La cotisation reste due, et les garanties maintenues en cas de suspension de votre contrat de travail, sous réserve que vous bénéficiiez d'un maintien de salaire, total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par votre employeur, ou d'un revenu de remplacement versé par votre employeur au titre de l'activité partielle, de l'activité partielle de longue durée, ou de toute période de congé rémunérée par votre employeur.

Dans une telle hypothèse, votre employeur verse la même contribution que pour les Salariés actifs et prélève votre part de la cotisation pendant toute la période de suspension indemnisée du contrat de travail.

ARTICLE 7.2 – SUSPENSION NON-INDEMNISÉE

Les garanties du contrat sont suspendues pour vous et, le cas échéant, vos ayants droit, lorsque votre contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, et que vous ne bénéficiez pas, pendant la période de suspension, d'un maintien de salaire total ou partiel de votre employeur, d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par votre employeur ou d'un revenu de remplacement versés par l'employeur.

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 dans les 15 jours suivants cette reprise. À défaut, la période de suspension de la garantie prend fin à la date à laquelle la Mutuelle est informée de votre reprise effective du travail.

Aucune cotisation n'est due pour vous et, le cas échéant, vos ayants droit, lorsque les garanties ont été suspendues en cas de suspension de contrat de travail non indemnisée. Les soins survenus pendant la période de suspension des garanties ne donnent lieu à aucune prise en charge au titre du contrat.

Toutefois, lorsque la garantie est suspendue vous pouvez demander à la Mutuelle un maintien de votre garantie à titre individuel pendant cette période moyennant le paiement de la cotisation intégrale (part salariale et part patronale) sous réserve que la demande parvienne à la Mutuelle dans le délai d'un mois suivant l'évènement.

Lorsque vous bénéficiez du maintien à titre individuel des garanties collectives ou que vous bénéficiez d'un autre contrat complémentaire « frais de santé » proposé par la Mutuelle pendant la durée de la suspension non indemnisée de votre contrat de travail, vous devez signer à titre individuel un bulletin d'Adhésion.

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

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

Le coût de ce maintien à titre gratuit est intégré à la tarification du contrat souscrit par votre employeur et est ainsi mutualisé.

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

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

Les garanties maintenues à votre bénéfice sont celles en vigueur dans l'entreprise.

En conséquence, toute évolution du régime dont vous relevez, postérieure à votre sortie des effectifs de l'entreprise, vous est opposable.

Vos Ayants droit qui bénéficient effectivement des garanties du contrat à la date de la cessation de votre contrat de travail, sont également admis au bénéfice du maintien des garanties aux conditions susvisées.

Vous devez justifier de l'ensemble de ces conditions auprès de la Mutuelle, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties. Vous devez pour cela adresser une copie de l'avis de prise en charge « allocation de retour à l'emploi » et tout relevé de situation faisant apparaitre 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 » Nº 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 ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation de leur contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité ;
- aux personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, dans le délai de 2 mois à compter du décès.

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

- la date de cessation du contrat de travail,
- le terme de la période de portabilité

ou

- le décès du Salarié.

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

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

ARTICLE 10 – PRESCRIPTION DES ACTIONS

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand votre action ou celle de votre Ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre vous ou votre Ayant droit ou a été indemnisé par vos soins.

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 ou par vous ou, le cas échéant, votre Ayant droit, 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'AFFILIATION AUX OPTIONS FACULTATIVES

Parallèlement aux garanties choisies par le Souscripteur dans le cadre du Socle Entreprise, vous avez la possibilité d'améliorer votre niveau de garantie en adhérant aux Options facultatives prévues, le cas échéant, au Certificat de souscription.

Les Options facultatives pouvant être souscrites sont uniquement celles sélectionnées par votre employeur et mentionnées au Certificat de souscription.

Elles sont souscrites dans le cadre des règles ci-après :

Si votre employeur a souscrit, à titre collectif et obligatoire :

- au Socle Niveau 1, vous pouvez décider d'améliorer votre couverture en adhérant à l'Option facultative de Niveau 2 ou à l'Option facultative de Niveau 3, selon ce qui est mentionné au Certificat de souscription ;
- au Socle Niveau 2, vous pouvez décider d'améliorer votre couverture en adhérant à l'Option facultative de Niveau 3 ou à l'Option facultative de Niveau 4, selon ce qui est mentionné au Certificat de souscription ;
- au Socle Niveau 3, vous pouvez décider d'améliorer votre couverture en adhérant à uniquement à l'Option facultative de Niveau 4, si cette dernière est sélectionnée par votre employeur dans le Certificat de souscription ;
- au Socle Niveau 4, vous pouvez décider d'améliorer votre couverture en adhérant uniquement à l'Option facultative Niveau Renfort.

Lorsque vous avez la faculté d'opter pour une Option facultative, selon les règles précitées, vous indiquez l'Option facultative que vous choisissez en remplissant la partie qui lui est dédiée au Bulletin Individuel d'Affiliation.

Votre Adhésion à une Option facultative entraîne, de manière indissociable, le rattachement de vos ayants droit bénéficiaires des garanties du Socle Entreprise à cette même Option facultative.

L'adhésion facultative des Ayants droit s'effectue au moyen du Bulletin Individuel d'Affiliation complété par vos soins et adressé par votre employeur à la Mutuelle.

L'Adhésion prend effet au 1er 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 Socle Entreprise, elle prend effet au même moment que la prise d'effet de ladite Affiliation.

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

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

Le changement de niveau de garantie optionnelle facultative prend effet suivant l'expiration d'un délai de prévenance de deux mois à compter de la réception de la demande par la Mutuelle.

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

ARTICLE 11.2 – CESSATION DES GARANTIES

A. PERTE DES CONDITIONS D'AFFILIATION AU SOCLE ENTREPRISE

Votre Adhésion, et le cas échéant, celle de vos ayants droit, à une Option facultative, est indissociable de l'Affiliation au Socle Entreprise ; elle prend donc automatiquement fin à la date à laquelle l'Affiliation au Socle Entreprise prend elle-même fin, et ce, quelle qu'en soit la cause.

B. RÉSILIATION ANNUELLE

Vous pouvez résilier votre Adhésion à une Option facultative, à effet au 31 décembre de chaque année, en adressant à la Mutuelle, au plus tard le 31 octobre de l'année, une notification transmise par l'un quelconque des moyens ci-dessous, conformément aux dispositions des articles L.221-10 et L.221-10-3 du Code de la mutualité :

- par lettre ou tout autre support durable,
- par déclaration faite au siège social de la Mutuelle,
- par acte extrajudiciaire,
- par tout moyen de communication à distance susceptible d'être utilisé pour l'Affiliation à un contrat.

C. RÉSILIATION INFRA-ANNUELLE

En outre, après expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion, vous pouvez résilier votre Adhésion à une Option facultative en notifiant votre décision à la Mutuelle par le biais de votre employeur ou vous-même par :

- lettre ou tout autre support durable,
- déclaration au siège de la Mutuelle ou chez le représentant de la Mutuelle,
- acte extrajudiciaire,
- par tout moyen de communication à distance susceptible d'être utilisé pour l'Affiliation à un contrat.

La résiliation de l'adhésion prendra effet un mois après que la Mutuelle en aura reçu notification.

D. RÉSILIATION EN CAS DE MODIFICATION DE L'OPTION FACULTATIVE

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

E. FACULTÉS DE RENONCIATION À L'OPTION FACULTATIVE

Conformément à l'article L.221-18 du code de la mutualité, en cas d'Adhésion à une Option facultative réalisée dans le cadre d'une vente à distance (ex : internet), vous disposez d'un délai de quatorze jours calendaires révolus, soit à compter du jour où l'Adhésion a pris effet, soit à compter du jour où vous avez reçu les conditions d'Adhésion et informations si cette date est postérieure à la date de prise d'effet de l'Adhésion, pour renoncer à votre Adhésion par lettre ou tout autre support durable. Vous n'avez pas à justifier vos motifs ni à supporter de pénalités. Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

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

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

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

- si des prestations ont été versées, vous vous engagez à rembourser la Mutuelle des montants perçus dans un délai de trente jours ;
- si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle vous les rembourse dans un délai de trente jours.

Conformément à l'article L.221-18-1 du code de la mutualité, en cas d'Adhésion à une Option facultative 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 à l'Option facultative sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités par lettre recommandée, ou envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception au siège de la Mutuelle.

En cas de renonciation, l'Adhésion prend alors fin à compter de la date de réception de la lettre ou de l'envoi précité(e). La Mutuelle rembourse les sommes versées par vous dans un délai de 30 jours à compter du jour

où l'Adhésion prend fin, sous déduction de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, qui reste due.

Vous ne pouvez plus exercer ce droit de renonciation lorsque vous avez connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie.

L'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si vous exercez votre droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie et dont vous n'avez pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Dans les deux cas, pour exercer votre droit de renonciation, vous pouvez utiliser le modèle ci-dessous et devez joindre, impérativement, les deux exemplaires de votre carte de Tiers payant en cours de validité :

Je soussigné(e) ..... (nom, prénom), demeurant…… (adresse) déclare, par la présente, faire usage de la faculté qui m'est donnée par l'article L.221-18 ou l'article L.221-18-1 du Code de la mutualité de renoncer à mon Adhésion n° …… (numéro d'adhérent) à la garantie complémentaire santé – Formule…….(nom de la formule) souscrite auprès de la Mutuelle MGC le ……..

Par conséquent, je vous remercie de bien vouloir me rembourser les cotisations versées à ce titre, dans la limite des dispositions contractuelles.

Fait le ….. (date)

Signature.

ARTICLE 11.3 – FAUSSE DÉCLARATION NON-INTENTIONNELLE (DANS LE CADRE DES OPTIONS FACULTATIVES)

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

- **si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'Adhésion dans le cadre du contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par vous ; à défaut d'accord, le bulletin d'Adhésion ou le contrat prend fin dix jours après notification adressée à votre intention par lettre recommandée. La Mutuelle vous restitue la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.**
- **si elle n'est constatée qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par vous par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.**

CHAPITRE II – DÉFINITION DES PRESTATIONS

Le contrat souscrit par votre employeur vous permet de bénéficier des garanties complémentaires « frais de santé », telles que définies au tableau des garanties. Celles-ci incluent le cas échéant une garantie « assistance ».

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

À ce titre, les garanties prennent en charge :

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

   Les garanties prennent en charge selon la formule souscrite un équipement optique composé d'une monture et de deux verres, par période de deux ans. Toutefois, la prise en charge de la Mutuelle est annuelle pour les enfants de moins de 16 ans. Pour les enfants de moins de 6 ans, la prise en charge est possible au terme d'une période minimale de 6 mois uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

   Ces délais s'apprécient à compter de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

   Par exception, il peut être dérogé à ces délais :

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

     Si vous ou un de vos Ayants droit bénéficiaires présentez un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvez ou ne souhaitez pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la Mutuelle prend en charge deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin), par période de deux ans sous réserve de présentation de l'ordonnance d'un ophtalmologue mentionnant l'intolérance ou la contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux.
     - Pour l'acquisition d'un équipement relevant du panier donnant lieu à une prise en charge renforcée par l'Assurance Maladie Obligatoire (panier 100 % santé), la Mutuelle prend en charge intégralement les frais que vous ou vos Ayants droit bénéficiaires avez exposés dans la limite des « prix limites de vente » prévus par les textes en vigueur.
     - Pour l'acquisition d'un équipement relevant du panier « à tarifs libres » donnant lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle prend en charge le ticket modérateur et le cas échéant un forfait, dont le montant figure au tableau des garanties et varie en fonction de la gamme et de la formule souscrite.

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

   À titre d'information, les planchers et plafonds, applicables par équipement, fixés aux articles rappelés ci-avant 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 (sécurité sociale incluse).

   Il est possible de combiner les verres, relevant d'un même panier (« 100 % santé » ou « tarifs libres »), de la façon suivante : 2 verres simples ; 2 verres complexes ; 2 verres très complexes ; 1 verre simple + 1 verre complexe ; ou 1 verre simple + 1 verre très complexe ; ou 1 verre complexe + 1 verre très complexe.
6. la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la LPP ;
7. le cas échéant, les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-ACO) prévu par la convention médicale dans les conditions cumulatives suivantes :
   - la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un de ces dispositifs ne peut excéder 100 % du tarif de responsabilité ;
   - la prise en charge des dépassements d'honoraires ne peut excéder la prise en charge des dépassements d'honoraires de médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, minorée d'au moins 20 % du tarif de responsabilité ;
8. les dispositifs médicaux d'aide auditive à hauteur :
   - des frais restant à la charge du Bénéficiaire après remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire pour les dispositifs appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale (panier « 100 % santé ») ;
   - au maximum de 1700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et le ticket modérateur, pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

   Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire dans les conditions précisées par la LPP.
9. l'intégralité du ticket modérateur sur les consultations et actes externes des établissements de santé conventionnés ou non.
10. les prothèses capillaires à hauteur :
    - a minima du ticket modérateur sauf prise en charge intégrale de la base de remboursement par l'AMO et selon le pourcentage prévu aux tableaux des garanties ;
    - des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 pour les prothèses capillaires appartenant à une classe faisant l'objet

d'une prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1.

11. les véhicules pour personnes en situation de handicap à hauteur :
    - a minima du ticket modérateur sauf prise en charge intégrale de la base de remboursement par l'AMO et selon le pourcentage prévu aux tableaux des garanties ;
    - des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 pour des véhicules destinés à des personnes en situation de handicap inscrits sur la liste mentionnée à l'article L.165-1 et faisant l'objet d'une prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1.

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

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

ARTICLE 12 – PRESTATIONS REMBOURSÉES

Les frais de santé concernés par la garantie sont ceux occasionnés par des soins reçus en France, sous réserve des dispositions de l'article 15.5 « FRAIS DE SOINS A L'ÉTRANGER ».

Sont couverts tous les actes et frais courant sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé de l'Assurance Maladie Obligatoire au titre de la législation « maladie », « accidents » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en charge par cette dernière mais expressément mentionnés au tableau de garanties.

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement et/ou exprimés en euros et incluent le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Les garanties des Options facultatives incluent les remboursements au titre des garanties obligatoires.

Sauf exceptions expressément stipulées, les prestations prévues au titre des garanties, visées dans le certificat de souscription, prennent effet à compter de la date d'Affiliation des Bénéficiaires.

ARTICLE 13 – LIMITES DES GARANTIES ET EXCLUSIONS

Conformément à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale et à ses textes règlementaires d'application, définissant les conditions du contrat « responsable », ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- **la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13, II et III du code de la sécurité sociale ;**
- **la majoration de participation de l'assuré visée à l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés ainsi qu'à l'article L.1111-15 du code de la santé publique ;**
- **la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés à l'article L.162-5, 18° du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;**
- **la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L.322-5 du code de la sécurité sociale pour refus de transport partagé.**

Sauf mention contraire figurant dans le tableau des garanties, sont également exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- **les frais engagés au titre d'actes réalisés avant la date d'effet de l'Affiliation ou de l'Adhésion ou après leur cessation ;**
- **les frais engagés hors de France, sauf en cas de prise en charge de ces frais par l'Assurance Maladie Obligatoire française. Dans ce cas, la prise en charge par la Mutuelle sera limitée au ticket modérateur ;**
- **les Actes Hors Nomenclature ;**
- **les soins résultant d'une cause non liée directement à une maladie ou un accident et non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, tels que les cures de rajeunissements, les traitements esthétiques, la transformation sexuelle, les cures d'amaigrissement ou de désintoxication ainsi que leurs suites ;**
- **les séjours et frais au sein d'établissements médico-sociaux (ex : maison d'accueil spécialisée ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et en tout état de cause, les frais de séjour au titre d'hospitalisation (par exemple : médecine, chirurgie, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie) non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;**
- **les actes de parodontologie non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;**
- **les soins dispensés en unité ou centre de long séjour tels que visés aux articles L.174-5 et suivants du code de la sécurité sociale.**

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

ARTICLE 14 – PLAFOND DES REMBOURSEMENTS

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par les articles L.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale.

Les plafonds de remboursement sont fixés pour une année civile, sauf dispositions particulières.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le Bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

ARTICLE 15 – DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINES GARANTIES

ARTICLE 15.1 – SOINS COURANTS

Sont notamment visés par ce poste, dans les conditions prévues aux garanties et définies dans le tableau des garanties :

- les Honoraires médicaux ;
- les analyses et examens de laboratoire ;
- les honoraires paramédicaux ;
- la pharmacie : médicaments et accessoires remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) ;
- la participation forfaitaire prévue à l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale ;
- le matériel médical : dispositifs médicaux (appareillage, prothèses).

  Pour l'acquisition de petits et de grands appareillages, de prothèses mammaires et/ou capillaires donnant lieu à remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire et dont la liste figure au tableau des garanties, la Mutuelle verse le ticket modérateur s'il y a lieu et un forfait le cas échéant.

  Pour la location de courte durée de véhicules pour personnes en situation de handicap tels que définis réglementairement et donnant lieu à une prise en charge renforcée par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle prend en charge intégralement les frais exposés par l'Adhérent ou ses Ayants-droit dans la limite des prix limites de vente prévus par les textes en vigueur.

  Pour les prothèses capillaires de classe II telles que définies réglementairement et donnant lieu à une prise en charge renforcée par l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle prend en charge intégralement les frais exposés par l'Adhérent ou ses Ayants-droit dans la limite des prix limites de vente prévus par les textes en vigueur.

  Les dépassements afférents aux prothèses capillaires de classe III et IV telles que définies réglementairement sont pris en charge dans les conditions prévues au tableau de garanties.
- Les consultations de psychologie remboursées par l'AMO (12 séances par année civile) : il s'agit des consultations effectuées auprès d'un psychologue conventionné et référencé dans l'annuaire mis en ligne sur le site https ://monsoutienpsy·ameli·fr/recherche-psychologue. Pour bénéficier de la prise en charge de ces séances d'accompagnement psychologique, l'assuré doit :
  - être âgé de trois ans ou plus ;
  - présenter des troubles d'une nature et d'une intensité définis selon les critères fixés par l'arrêté du 8 mars 2022 modifié.

ARTICLE 15.2 – 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 ;

  Il s'agit du ticket modérateur forfaitaire à la charge de l'assuré sur certains actes.

  Cette participation forfaitaire s'applique sur les actes pratiqués, en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros, ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'Assurance Maladie Obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60.

  Depuis le 1er avril 2026, le montant de cette participation est de 32 euros.

  Cette participation forfaitaire est intégralement prise en charge par la mutuelle ;
- Les frais de séjour hospitaliers : la Mutuelle prend en charge, dans les conditions prévues par la garantie telles que définies au tableau de garanties, les frais de séjours, en cas d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, au sein d'un établissement de santé ;
- Les séjours en établissements non conventionnés : la Base de remboursement retenue par la Mutuelle sera celle déclarée par l'Assurance Maladie Obligatoire sur la base des tarifs en vigueur.
- Les honoraires : honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux afférents aux soins dispensés au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé ;
- Le forfait journalier des établissements de santé (hors établissements médico-sociaux et longs séjours) : le forfait journalier des établissements de santé est pris en charge sans limitation de durée, quelle que soit la nature de l'hospitalisation (médecine, chirurgie, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation), sous réserve que cette dernière

soit prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;

- Les dépassements d'honoraires : les dépassements d'honoraires pour les actes et consultations des médecins sont pris en charge par la Mutuelle, dans les conditions prévues au tableau des garanties, en opérant une différenciation et un plafonnement selon que les prestations sont réalisées ou non dans le cadre du dispositif OPTAM (option de pratique tarifaire maîtrisée) ;
- La chambre particulière en établissements de santé (hors établissements médico-sociaux et longs séjours) : les dépenses afférentes à la chambre particulière dans les établissements de santé sont prises en charge en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie et ambulatoire dans les conditions prévues au tableau des garanties (uniquement au sein d'une structure figurant dans l'annuaire du site sanitaire-social·com, répertoriant la liste complète des centres de SSR).

  En cas d'hospitalisation de l'adhérent ou de son ayant droit bénéficiaire, la Mutuelle prend en charge les frais de location d'un téléviseur ou ceux afférents à un forfait internet (Wifi) dans le cadre d'un forfait journalier fixé au tableau des garanties, **pour une durée maximale de 30 jours par hospitalisation**, et dans la limite de la dépense réelle.
  Cette garantie est accessible dès lors qu'il y a hospitalisation, sans limitation quant au nombre d'hospitalisations dans l'année.
- Les frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation : la Mutuelle verse, lors d'une hospitalisation pour l'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans, une allocation journalière dont le montant figure au tableau de garanties et dans la limite des dépenses facturées par l'établissement hospitalier ou la maison d'accueil adhérente à la Fédération des Maisons d'Accueil Hospitalières.

  En tout état de cause, seuls les repas fournis par les établissements hospitaliers pourront faire l'objet d'une prise en charge.

ARTICLE 15.3 – OPTIQUE

A. CHIRURGIE RÉFRACTIVE

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

À noter : le Tiers Payant pour la chirurgie réfractive s'applique sous réserve que le professionnel de santé le propose et effectue une demande de Prise en Charge. A défaut, le Bénéficiaire des soins doit faire l'avance des frais.

B. 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 adhérent MGC sur Mutuellemgc·fr ou sur simple demande en contactant votre conseiller MGC.

C. LENTILLES (OU LENTILLES DE CONTACT)

La garantie prévoit la prise en charge des lentilles non remboursées (sous réserve pour l'adhérent de présenter une copie de l'ordonnance et de la facture détaillée acquittée).

ARTICLE 15.4 – DENTAIRE

Sont couverts a minima, à hauteur du ticket modérateur, les soins dentaires (y compris les consultations dentaires), les soins prothétiques dentaires et dento-faciales.

Pour les prothèses dentaires relevant du panier « à honoraires maîtrisés » ou du panier « à honoraires libres », les remboursements se feront conformément aux tableaux de garanties.

La participation de la Mutuelle au titre des actes d'implantologie et de parodontologie pris en charge ou non par l'Assurance Maladie Obligatoire s'effectue, dans les conditions prévues au tableau des garanties.

La participation au titre de l'implantologie se fait sur présentation d'une facture détaillée acquittée. Seuls les actes d'implantologie et parodontologie faisant l'objet d'une codification dans les conditions prévues par la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) pourront être pris en charge par la Mutuelle :

. En tout état de cause, pour ce qui concerne la parodontologie non remboursée par la sécurité sociale, seules les prestations suivantes sont prises en charge par la Mutuelle :

- **curetage parodontal**
- **réaménagement de la gencive péri-implantaire**
- **chirurgie parodontale par lambeau**
- **greffe de gencive**

À noter : le Tiers payant sur les prothèses dentaires et l'orthodontie s'applique sous réserve que le professionnel de santé le propose et effectue une demande de Prise en charge. A défaut, le Bénéficiaire des soins doit faire l'avance des frais.

ARTICLE 15.5 – FRAIS DE SOINS A L'ÉTRANGER

Les soins engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie français, dans la limite du ticket modérateur.

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

ARTICLE 15.6 – PRÉVENTION

Les vaccins non-remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire sont pris en charge selon la garantie souscrite et dans la limite d'un forfait annuel dont le montant est fixé par le tableau des garanties.

Le vaccin anti-grippe est pris en charge sous réserve que la formule de garantie souscrite le prévoit et dans la limite des frais réellement engagés tels que visés au tableau des garanties.

Les consultations d'ostéopathie non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire sont prises en charge selon la garantie choisie et dans la limite d'un forfait annuel dont le montant est fixé au tableau des garanties.

Pour la médecine douce et les praticiens non remboursés par l'AMO (acupuncteur, étiopathe, diététicien, chiropracteur, homéopathe, pédicure-podologue, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien etc.), la prise en charge de la Mutuelle s'effectue sous réserve pour le Bénéficiaire des soins de présenter une facture acquittée mentionnant le numéro RPPS du professionnel de santé, ainsi que le nom du bénéficiaire, des actes ou prestations délivrées.

Par ailleurs, pour les produits d'homéopathie, la prise en charge de la Mutuelle s'effectue sous réserve de présentation d'une ordonnance mentionnant ces produits. La consultation auprès d'un homéopathe est prélevée sur le forfait praticien dédié et la fourniture des produits est prélevée sur le forfait produit d'homéopathie, conformément au tableau de garantie.

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

Le forfait sport est pris en charge sous réserve que la formule de garantie souscrite le prévoit et dans la limite d'un forfait annuel dont le montant est fixé par le tableau des garanties. La prestation est conditionnée par la présentation d'une facture acquittée :

- Soit auprès d'un établissement d'activités physiques ou sportives (club, entreprise ou association agréée) respectant les règles prévues par le code du sport pour l'exercice de leur activité, notamment les garanties d'hygiène et de sécurité et les obligations d'assurance ;
- Soit auprès d'un éducateur sportif indépendant détenteur d'une carte professionnelle et répondant aux obligations de qualification, d'honorabilité et de déclaration d'activité prévues par le code du sport.

Les contraceptifs non remboursés par l'Assurance Maladie, sont pris en charge que le Bénéficiaire soit âgé de 13 ans minimum.

Pour l'acquisition d'auto-tensiomètres, la prise en charge de la mutuelle est limitée à un appareil par famille et par an. En tout état de cause, la prise en charge sera limitée au forfait disponible et prévu par le poste automédication.

Et, pour les produits de sevrage tabagique (substituts nicotiniques), la prise en charge de la Mutuelle s'effectue sous réserve de présentation d'une ordonnance et que le Bénéficiaire soit âgé de plus de 16 ans.

Pour l'acquisition de tests de grossesse figurant sur la liste automédication, la prise en charge de la Mutuelle s'effectue sous réserve que le Bénéficiaire soit âgé de 13 ans minimum, et sera en tout état de cause limitée au forfait disponible et prévu par le poste automédication en pharmacie.

En tout état de cause, la prise en charge au titre du poste automédication en pharmacie s'effectue sous réserve pour le bénéficiaire de présenter à la mutuelle une facture acquittée et nominative.

ARTICLE 15.7 – NAISSANCE ET ADOPTION

En cas de naissance ou d'adoption, la Mutuelle verse une allocation, au père ou à la mère, Adhérent, sous réserve que le nouveau-né soit inscrit au contrat.

Cette prestation à caractère forfaitaire et accessoire vous est versée par la Mutuelle, pour chaque enfant concerné, sur présentation des documents justificatifs, à savoir 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 15.8 – 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 ou titre de séjour).

Sauf demande contraire de votre part, les relevés de prestations sont dématérialisés et accessibles sur l'espace sécurisé « adhérent » mis à votre disposition sur le site internet de la Mutuelle.

Les demandes de remboursements doivent, sous peine de déchéance des droits à prestations, être communiquées à la Mutuelle dans un délai maximum de 24 mois suivant :

- **la date des soins ;**
- **la date de paiement des soins en l'absence de prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.**

Elles sont accompagnées notamment :

- des décomptes de l'Assurance Maladie Obligatoire et/ou d'un autre organisme complémentaire s'il n'y a pas de télétransmission « NOEMIE » ;
- des factures détaillant les frais engagés, le cas échéant ;
- de la facture subrogatoire des professionnels de santé en cas de Tiers payant.

En présence d'une prise en charge hospitalière, l'établissement hospitalier doit adresser sa facture à 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 intenter une action directe en restitution des sommes indûment versées.

Par ailleurs, la Mutuelle peut exercer tous les moyens juridiques nécessaires en cas d'utilisation frauduleuse de la carte de Tiers payant.

ARTICLE 19 – PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, la Mutuelle délivre un accord de prise en charge permettant, dans la limite des garanties, le paiement des frais médicaux et chirurgicaux (et le cas échéant, des frais annexes à l'hospitalisation) tels que définis par le tableau des garanties.

Si l'hospitalisation est consécutive à un accident de la circulation, la Mutuelle délivre un accord de prise en charge dans les conditions habituelles. Dans cette hypothèse, vous ou, le cas échéant, vos Ayants droit 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 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'elle a supportées, conformément aux dispositions légales.

ARTICLE 22 – FONDS DE SOLIDARITÉ OLIVIER

Le Membre participant affilié à la Mutuelle MGC peut bénéficier du Fonds de solidarité Olivier.

Sur délégation du Conseil d'administration, la Commission de solidarité Olivier statue sur les demandes d'aides financières ponctuelles émanant du Membre participant, sous réserve que son Affiliation soit toujours en cours à la date de la demande et, le cas échéant, que le bénéfice des prestations de la Mutuelle soit ouvert à son Ayant droit bénéficiaire si la demande d'aide porte sur une dépense qui le concerne.

La Commission peut, dans les conditions prévues dans ses règles de fonctionnement et dans le cadre d'un budget spécifique voté annuellement, lui attribuer :

- une aide financière relative à une dépense liée à des soins de santé particulièrement coûteux ou liée à un handicap au titre de la dotation du Fonds de secours. Pour bénéficier de cette aide, ils doivent avoir une ancienneté au sein de la mutuelle au moins égale à deux années ;
- une aide financière exceptionnelle liée à une situation d'urgence ou de détresse au titre de la dotation du Fonds de solidarité Olivier.

La décision est prise par la Commission, au vu d'un dossier circonstancié, constitué par le Membre participant.

ARTICLE 23 – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 23.1 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

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 ;
  - l'envoi de la revue mutualiste ;
  - la réalisation, par les bénévoles MGC présidents de comités locaux, départementaux et régionaux, de leurs missions tendant notamment à renseigner les adhérents sur la situation de leur contrat ;
  - la mise à disposition du Club Avantages.
- Au regard de la poursuite de l'intérêt légitime de la Mutuelle :

  Il s'agit notamment des opérations suivantes :

  - la mise en place d'actions de prévention dans le domaine de la santé ;
  - les relations commerciales et contractuelles en vue de proposer, par tout moyen, les services de la Mutuelle :
    - opérations promotionnelles, de prospection, de fidélisation, de développement commercial pour des produits ou services analogues ;
    - la gestion de vos avis sur ses produits et services ;
    - opérations techniques de prospection (normalisation, enrichissement, déduplication…).
  - la sélection de personnes en vue de réaliser des actions de fidélisation (y compris en ce qui concerne les opérations de parrainage), prospection, promotion, sondage, test des produits ou services ;
  - l'information portant sur des opérations de communication externe relatives à des jeux, concours et événements ;
  - la réalisation d'enquêtes de satisfaction, amélioration de la qualité des services de la Mutuelle ;
  - la lutte contre la fraude en assurance ;
  - la sécurisation de l'accès à l'espace adhérent et à l'application mobile ;
  - la numérisation et le stockage des documents entrants.
- Au titre du respect d'une obligation légale :
  - la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCBFT) ainsi que la détection de fonds et ressources économiques faisant l'objet d'une mesure de gel ou de sanctions ;
  - l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, telles que des traitements relatifs à l'exécution de règles fiscales ou sociales.
- En application du consentement de l'Adhérent :
  - la prospection commerciale par voie électronique, hors produits ou services analogues, y compris les services des partenaires de la Mutuelle ;
  - la prospection commerciale par voie téléphonique, hors sollicitation dans le cadre de l'exécution ou ayant un rapport avec l'objet du contrat.

Ces données sont destinées à la Mutuelle et peuvent être transmises à ses partenaires (assureurs, co-assureurs, réassureurs, courtiers, organismes de sécurité sociale obligatoire, délégataires de gestion, sous-traitants, prestataires informatiques ou de services y compris tiers de confiance) à ses avocats ou personnes en charge de représenter ses intérêts, aux tuteurs, curateurs, ou toute autre personne justifiant de la qualité d'aidant d'un adhérent en situation de dépendance ainsi qu'aux présidents de ses comités locaux en vue de réaliser toute opération répondant aux finalités susmentionnées.

Les données collectées sont conservées pour la durée nécessaire à la réalisation des finalités pour lesquelles elles ont été collectées puis archivées conformément aux délais légaux de prescription susceptibles de s'appliquer. En revanche, elles ne pourront être conservées, à des fins de prospection commerciale, par la Mutuelle que pendant un délai de 3 ans à compter de la fin de votre Affiliation.

Conformément à la règlementation 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 les concernant :
  - à des fins de prospection commerciale, y compris à un profilage s'il est lié à une telle prospection ;
  - fondé sur les intérêts légitimes poursuivis par la Mutuelle, y compris à un profilage réalisé sur ce fondement. Pour ce dernier cas, l'opposition doit être justifiée par des raisons tenant à votre situation particulière.

  Il est expressément précisé que le droit d'opposition au traitement des données personnelles ne s'applique pas au dispositif de Tiers payant. Si l'adhérent souhaite s'opposer au traitement de ses données personnelles, il ne doit pas présenter sa carte de Tiers payant et ne bénéficiera pas du dispositif d'avance des frais.
- de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès.

Vous pouvez également obtenir de la Mutuelle :

- la rectification ou la suppression des données vous concernant ;
- la limitation du traitement de vos données à caractère personnel ;
- la portabilité de vos données à caractère personnel.

Dans le cas où le traitement des données à caractère personnel repose sur votre consentement, celui ci est recueilli :

- préalablement à l'Adhésion, par le biais du bulletin d'Affiliation/d'Adhésion au contrat souscrit par votre employeur ;
- à tout moment, via tout autre formulaire de contact.

Vous avez également la possibilité de retirer votre consentement à tout moment. Le retrait de celui-ci ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant le retrait de celui-ci.

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

La Charte de protection des données à caractère personnel de la Mutuelle est disponible sur son site Internet ou sur simple demande. Vous pouvez également contacter le Délégué à la Protection des données personnelles de la Mutuelle aux coordonnées suivantes : service·dpo@m-g-c·com.

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

ARTICLE 23.2 – DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Vous ne pourrez être démarché téléphoniquement par la Mutuelle que dans le cadre de l'exécution de votre contrat, et dès lors que cette sollicitation a un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de vous proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

ARTICLE 23.3 – RÉCLAMATION ET MÉDIATION

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

- Une procédure relative au traitement des réclamations et,
- Une procédure relative à la médiation si le traitement de votre réclamation ne vous a pas donné gain de cause ou satisfaction.

RÉCLAMATION

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

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

Les réclamations peuvent lui être adressées comme suit :

- Par voie postale, à l'adresse suivante :

  MGC – Service réclamations – TSA 91347 – 75621 PARIS CEDEX 13.
- Par le site internet de la Mutuelle en se connectant sur l'espace adhérent sécurisé :

  Via l'onglet contact du site internet de la Mutuelle.

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

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

MÉDIATION

Après épuisement des voies de recours au sein de la Mutuelle, vous pouvez saisir le Médiateur de la Mutualité Française :

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

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

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

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

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

ARTICLE 23.4 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle est soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) : 4 PLACE DE BUDAPEST, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

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	-	Relevé de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) où figure le détail des soins et actes à rembourser.
Hospitalisation	Facture détaillée acquittée, présentant le nom et prénom du Bénéficiaire.	Facture détaillée acquittée, présentant le nom et prénom du Bénéficiaire.
	Copie du bulletin d'hospitalisation.	Copie du bulletin d'hospitalisation.
Lunettes – si évolution justifiée de la vue	Copie de l'ancienne et nouvelle ordonnance justifiant l'évolution de la vue accompagnées de la facture acquittée.	Relevé de remboursement de l'AMO.
		Copie de l'ancienne et nouvelle ordonnance justifiant l'évolution de la vue accompagnées de la facture acquittée.
Prothèses dentaires	Facture acquittée du dentiste.	Relevé de remboursement de l'AMO.
		Facture acquittée du dentiste.
Implantologie, couronnes sur implant	Facture acquittée détaillée du dentiste précisant le n° des dents.	Relevé de remboursement de l'AMO.
		Facture acquittée détaillée du dentiste précisant le n° des dents.
Parodontologie	Facture acquittée détaillée du dentiste.	Relevé de remboursement de l'AMO.
		Facture acquittée détaillée du dentiste.
SOINS NON REMBOURSÉS PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)		
Lentilles	Facture détaillée acquittée, présentant le nom et le prénom du Bénéficiaire et ordonnance.	
	Copie de l'ordonnance.	
Implantologie	Facture détaillée acquittée, précisant les numéros de dent.	
Parodontologie	Facture détaillée acquittée.	
Médecines douces	Consultation : facture détaillée acquittée mentionnant le numéro RPPS du professionnel de santé. Produits diététiques : (prescription par un diététicien ou un médecin non prise en charge par l'AMO) : facture détaillée acquittée.	
Sport sur ordonnance pour Bénéficiaire en Affection Longue Durée (ALD)	Ordonnance accompagnée de la facture acquittée.	
Forfait sport	Facture acquittée auprès d'un établissement sportif ou auprès d'un éducateur sportif indépendant.	
Autres soins	Facture détaillée acquittée, présentant le nom et le prénom du Bénéficiaire, établie par une pharmacie, un professionnel de santé médical ou paramédical.	
Allocation naissance	Acte de naissance ou copie du jugement d'adoption simple ou plénière, ou du livret de famille.	

CAS PARTICULIER : Si vous bénéficiez de l'avance de frais (Tiers payant) sur la part remboursée par l'AMO mais que vous faites l'avance de la part mutuelle qu'il y ait télétransmission ou pas, adressez-nous la facture acquittée du ticket modérateur.

Notice d’information

MGC Assistance 10h

Gamme Santé Collective Transport Routier

Applicable au 1er janvier 2026

Notice d'information du contrat d'assistance n° 10415

Afin de faire face à un événement pouvant perturber la vie familiale (accident corporel, maladie soudaine, hospitalisation, décès…), la MGC, Mutuelle Générale des Cheminots, vous propose des garanties d'assistance (dénommées « MGC ASSISTANCE ») incluses dans votre couverture complémentaire santé MGC.

Ces garanties d'assistance sont assurées par MUTUAIDE ASSISTANCE - SA au capital de 15 180 660 € entièrement versé - Entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Bobigny sous la référence 383 974 086 et située 126, rue de la Piazza - CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX, et sont régies par le Code des Assurances.

La présente Notice d'information a pour objet de décrire les différentes garanties d'assistance et de définir les droits et obligations réciproques de l'Assureur et des Bénéficiaires

COMMENT CONTACTER NOTRE SERVICE ASSISTANCE

MUTUAIDE ASSISTANCE
126, rue de la Piazza – CS 20010
93196 NOISY LE GRAND CEDEX

7 JOURS SUR 7 - 24 HEURES SUR 24

- **par téléphone de France :** 01 41 77 45 77 (communication non surtaxée, coût selon opérateur, appel susceptible d'enregistrement)
- **par téléphone de l'étranger :** +33 1 41 77 45 77 précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international
- **par télécopie :** 01 45 16 63 92 (communication non surtaxée, coût selon opérateur, appel susceptible d'enregistrement)
- **par e-mail :** oquotidien@mutuaide.fr

Pour nous permettre d'intervenir dans les meilleures conditions, pensez à rassembler les informations suivantes qui vous seront demandées lors de votre appel :

- Le numéro du contrat,
- Votre nom et prénom,
- L'adresse de votre domicile,
- Le numéro de téléphone où nous pouvons vous joindre,
- La nature de votre problème.

> Seul l'appel téléphonique du bénéficiaire au moment de l'événement permet la mise en œuvre des prestations d'assistance. En cas d'incapacité de ce dernier, l'appel téléphonique d'un proche du bénéficiaire au moment de l'événement permet la mise en œuvre des prestations d'assistance.

> Lors du premier appel, un numéro de dossier d'assistance vous sera communiqué. Le rappeler systématiquement, lors de toutes relations ultérieures avec notre Service Assistance.

> Dans tous les cas, le nombre d'heures et la durée d'application des garanties sont déterminés par notre service médical. La mise en œuvre des services d'assistance est étudiée au cas par cas. Le nombre d'heures pourra être inférieur au plafond indiqué.

TABLEAU SYNTHÉTIQUE DES GARANTIES

Garanties	Nature des Prestations	
GARANTIES D'ASSISTANCE AU DOMICILE		
1/ EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24H (PROGRAMMÉE OU NON) OU D'IMMOBILISATION DE PLUS DE 5 JOURS AU DOMICILE		
Aide-Ménagère	10 heures réparties sur 15 jours / 2 heures minimum par intervention.	p. 67
Venue d'un proche	Titre de transport A/R en train 1ère classe ou avion classe économique	p. 67
Garde des enfants de moins de 16 ans		p. 67
- Garde au domicile	10 heures réparties sur 15 jours	
2/ EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 14 JOURS D'UN ENFANT AU DOMICILE		
Soutien scolaire	3 heures par jour / Maximum 30 heures	p. 67
3/ EN CAS DE MATERNITÉ DE PLUS DE 8 JOURS		
Aide-Ménagère	2 heures par jour / Maximum 10 heures répartis sur 15 jours	p. 67
4/ 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. 67
GARANTIES D'ASSISTANCE AUX AIDANTS		
1/ EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS D'UNE JOURNÉE OU D'IMMOBILISATION DE PLUS DE 5 JOURS DE L'AIDANT OU DE SON CONJOINT		
Garde de l'Aidé au domicile		p. 67
- Auxiliaire de vie	10 heures réparties sur 15 jours Dont 2 heures pour la venue d'une coordinatrice si besoin	
- OU Aide à domicile	10 heures réparties sur 15 jours / 2 heures minimum par intervention	
Venue ou transfert chez un proche		p. 68
- Venue d'un proche au domicile	Titre de transport A/R en train 1ère classe ou avion classe économique / Maximum 200 €	
- OU 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. 68
- 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 REPIT DE L'AIDANT		
Garde de l'Aidé au domicile		p. 68
- Auxiliaire de vie	10 heures réparties sur une semaine	
- OU Aide à domicile	10 heures	
Venue ou transfert chez un proche		p. 68
- Venue d'un proche au domicile	Titre de transport A/R en train 1ère classe ou avion classe économique / maximum 200€	
- OU Transfert non médicalisé chez un proche	Titre de transport A/R en train 1ère classe ou avion classe économique / maximum 200€	
INFORMATIONS ET CONSEILS		
Conseil social	1 à 5 entretiens téléphoniques par foyer et par an	p. 68
Recherche des prestataires	5 entretiens max / au-delà, à la charge de l'adhérent.	p. 68
PROLONGEMENT DES GARANTIES		
Prolongement des garanties sur demande	Montant des prestations à votre charge	p. 68

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS ET CHAMP D'APPLICATION

Nous, l'Assureur :

MUTUAIDE ASSISTANCE – 126, rue de la Piazza - CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX. SA au capital de 15 180 660 € – Entreprise régie par le Code des Assurances - Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel de Résolution – 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09 – 383 974 086 RCS Bobigny – TVA FR 31 383 974 086.

Accident corporel grave :

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.

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 à la Mutuelle Générale des Cheminots (MGC) et couvert par une garantie santé de l'offre collective obligatoire destinée au personnel des entreprises de transport.

Aidé :

Proche dépendant qui nécessite la présence d'une autre personne pour l'aider dans ses activités quotidiennes.

Bénéficiaires :

Tout adhérent de la MGC bénéficiant d'une garantie santé de l'offre collective obligatoire destinée au personnel des entreprises de transport ainsi que, s'ils sont mentionnés au contrat frais de santé :

- son conjoint de droit ou de fait,
- leurs enfants et petits-enfants fiscalement à charge,
- leurs enfants handicapés sans limite d'âge,
- leurs ascendants fiscalement à charge et résidant sous le même toit.

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.

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 Métropolitaine ou dans les Départements et Régions d'Outre-mer (DROM)..

DROM :

Par DROM, on entend les Départements et Régions d'Outre-Mer, soit la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane, La Réunion et Mayotte.

Exécution des prestations :

Les prestations garanties par la présente convention ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de MUTUAIDE ASSISTANCE. En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par les Bénéficiaires ne pourra être remboursée par MUTUAIDE ASSISTANCE.

France métropolitaine :

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

Hospitalisation :

Tout séjour d'au moins 24 heures 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.

Maladie :

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

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.

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.

Proche du bénéficiaire :

Toute personne physique désignée par le bénéficiaire et domiciliée en France métropolitaine ou dans les DROM.

Territorialité :

France métropolitaine et DROM.

Validité des garanties :

Les garanties d'assistance sont acquises pendant la durée de validité de l'adhésion ou de l'affiliation à l'offre MGC Santé Collective Transport Routier.

ARTICLE 2 – DESCRIPTION DES GARANTIES D'ASSISTANCE AU DOMICILE

1/ 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.

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 de 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

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 de 10 heures réparties sur 15 jours. L'assistante maternelle se chargera, le cas échéant, de la conduite des enfants à l'école.

2/ EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION D'UN ENFANT AU DOMICILE

Soutien scolaire

À la suite d'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, dès le 15e jour, 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 (primaire à terminale) dans la limite indiquée au Tableau des 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.

3/ EN CAS DE SÉJOUR À LA MATERNITÉ DE PLUS DE 8 JOURS

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, 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.

4/ 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 quotidien entre votre domicile et votre travail, dans la limite indiquée au Tableau des 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, nous mettons en place les prestations suivantes :

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 des 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 seuls. Si besoin, nous pourrons prévoir la venue d'une coordinatrice pour analyser les besoins de l'Aidé, dans la limite indiquée au Tableau des 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 des Garanties. L'aide à domicile se chargera notamment de l'entretien de l'habitation, du repassage, de la réalisation des courses, la préparation des repas.

Venue ou transfert chez un proche

Pour permettre à l'Aidé d'être assisté par un de ses proches, nous organisons et prenons en charge, dans la limite des contraintes et disponibilités locales et dans la limite indiquée au Tableau des Garanties, l'une des prestations suivantes :

- **Soit le transport aller/retour d'un proche résidant en France métropolitaine ou dans les DROM au domicile de l'Aidé,** par les moyens les plus appropriés.
- **Soit le transfert non médicalisé aller /retour de l'Aidé jusqu'au domicile d'un proche en France métropolitaine ou dans les DROM,** par les moyens les plus appropriés.

Services de proximité

Afin d'assister l'Aidé dans son quotidien, nous lui faisons bénéficier des services de proximité suivants :

Livraison de médicaments

L'Aidé n'est pas en mesure de se déplacer et personne dans son entourage proche n'est en mesure de récupérer pour lui des médicaments qui ont fait 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 des 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 faisant 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 dépendance de l'Aidé, nous intervenons dans les conditions suivantes :

Garde de l'aide 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 seuls.
- **Soit la venue d'une aide à domicile pour accompagner l'Aidé dans la réalisation des tâches de la vie courante,** dans la limite indiquée au Tableau de Garanties. L'aide à domicile se chargera notamment de l'entretien de l'habitation, du repassage, de la réalisation des courses, la préparation des repas.

Venue ou transfert chez un proche

Pour permettre à l'Aidé d'être assisté par un de ses proches, nous organisons et prenons en charge, dans la limite des contraintes et disponibilités locales et dans la limite indiquée au Tableau de Garanties, l'une des prestations suivantes :

- **Soit le transport aller/retour d'un proche résidant en France a**u 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 métropolitaine ou dans les DROM,** par les moyens les plus appropriés.

ARTICLE 4 – INFORMATIONS ET CONSEILS

Les services de renseignements téléphoniques et de mise en relation avec des prestataires visent à apporter un soutien et une solution concrète aux problèmes et événements de vie quotidienne auxquels chacun se trouve confronté dans les domaines suivants, considérés comme particulièrement sensibles.

Le service est disponible et mobilisable 24H/24 et 7J/7. Les prestations de renseignement et d'information sont exclusivement fournies du lundi au samedi entre 8H00 et 19H00 et dans des délais normalement nécessaires à la satisfaction de la demande.

Cependant, quels que soient le jour et l'heure de l'appel, nous accueillons et notons votre demande.

Les informations communiquées sont des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. Elles ne constituent pas des consultations juridiques ni médicales.

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 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.

ARTICLE 5 – 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 6 – LES EXCLUSIONS DE L'ASSISTANCE SANTE

Ne donnent pas lieu à notre intervention :

- **les maladies psychiatriques (dépressions, psychoses, névroses, troubles psychologiques divers), ainsi que les maladies ou déficiences mentales,**
- **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,**
- **l'usage de médicaments ou de toute substance hors prescription médicale, et ses conséquences,**
- **l'abus d'alcool et ses conséquences,**
- **les convalescences et les affections en cours de traitement non encore consolidées,**
- **les suites, séquelles, complications ou aggravations d'une maladie ou d'un accident déjà constaté et ayant entraîné une hospitalisation dans les 6 mois précédent la demande d'assistance,**
- **les états de grossesse sauf complication nette et imprévisible, les accouchements, l'interruption volontaire de grossesse et ses conséquences,**
- **toute mutilation volontaire du bénéficiaire,**
- **votre participation à des exercices effectués sous le contrôle de l'autorité militaire,**
- **le suicide ou la tentative de suicide et ses conséquences,**
- **Sont également exclus, les séjours :**
- **de cure ou postcure de toute nature (désintoxication, psychanalyse, psychothérapique, rajeunissement, diététique, esthétique…) autres que les cures thermales médicalement prescrites,**
- **en maison de repos ou de convalescence, de retraite, services de gériatrie ou hospices et, d'une façon générale, dans tous les établissements dit de « long séjour » transitoire ou permanent au sens de la Sécurité Sociale,**
- **de rééducation et de réadaptation professionnelle,**
- **en établissement à caractère sanitaire ou social,**
- **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,**
- **en milieu hospitalier dus à un état morbide consolidé et non améliorable,**
- **les séjours pour traitement contre l'infertilité, pour le changement de sexe.**

ARTICLE 7 – LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Ne donnent pas lieu à notre intervention :

- **les prestations qui n'ont pas été demandées et/ou qui n'ont pas été organisées par MUTUAIDE ASSISTANCE ou avec son accord,**
- **les frais engagés après l'expiration de la garantie,**
- **les conséquences et/ou 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/ou dommages résultant d'infractions à la législation française ou étrangère,**
- **l'utilisation par le bénéficiaire d'appareils de**

navigation aérienne, d'engins de guerre et armes à feu,
- **la pratique de tout sport à titre professionnel,**
- **la participation du bénéficiaire à des paris, rixes (sauf cas de légitime défense),**
- **les dommages résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire conformément à l'art. L113-1 du Code des Assurances,**
- **le suicide et la tentative de suicide,**
- **les épidémies et pandémies, pollutions, catastrophes naturelles,**
- **la guerre civile ou étrangère, émeutes, grèves, mouvements populaires, actes de terrorisme, prise d'otage,**
- **la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité.**

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 8 – RÈGLES DE FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Seul l'appel téléphonique du bénéficiaire 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 de justifier de la qualité qu'il invoque et de produire, à ses frais, les pièces et documents prouvant ce droit.

Le bénéficiaire 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, 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 en fonction des possibilités offertes par les transporteurs aériens et de la durée du trajet.

ARTICLE 9 – CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

Les remboursements au bénéficiaire 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
Service Gestion des Sinistres
126, rue de la Piazza - CS 20010
93196 Noisy-le-Grand CEDEX

ARTICLE 10 – PRISE D'EFFET – DURÉE ET RENOUVELLEMENT DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à compter de la date de la prise d'effet de votre adhésion ou affiliation MGC pour la même durée que celle-ci.

Les garanties se renouvellent dans les mêmes conditions que votre adhésion ou affiliation MGC.

ARTICLE 11 – RÉSILIATION - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties d'assistance prévues au Tableau des Garanties cessent de plein droit :

- en cas de résiliation de votre adhésion ou affiliation MGC, quelle qu'en soit la cause,
- en cas de retrait total de l'agrément de l'assureur conformément et dans les conditions définies à l'article L.326-12 du Code des assurances,
- en cas de résiliation du contrat souscrit auprès de l'assureur, quelle qu'en soit la cause et notamment lorsqu'il n'est pas reconduit. La non-reconduction dudit contrat entraîne la cessation des garanties pour vous à l'échéance annuelle qui suit la date de ladite résiliation. Les prestations accordées avant la résiliation de votre contrat s'effectueront jusqu'à leur terme.

ARTICLE 12 – TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Une réclamation est l'expression orale ou écrite d'un mécontentement envers un professionnel. Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

Pour toute réclamation sur vos garanties d'assistance, vous pouvez vous adresser à MUTUAIDE en appelant le 01.41.77.45.77.

S'il n'est pas donné satisfaction à votre réclamation orale, nous vous invitons à nous écrire, soit par e-mail à : qualite.assistance@mutuaide.fr ou par courrier à :

MUTUAIDE
SERVICE QUALITÉ CLIENTS
126, rue de la Piazza - CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX

En cas de réclamation écrite, nous accuserons réception de celle-ci dans un délai maximum de 10 jours ouvrables à partir de sa date d'envoi.

Notre réponse doit vous être apportée par écrit deux mois au plus tard à compter de l'envoi de cette réclamation.

Si cette réponse ne vous satisfait pas, ou si aucune réponse ne vous a été apportée à l'issue de ces deux mois, vous disposez du droit de saisir la Médiation de l'Assurance sur le site www.mediation-assurance.org ou par courrier (La Médiation de l'Assurance TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09), sans préjudice du droit de saisir la justice.

ARTICLE 13 – COLLECTE DE DONNÉES

L'assuré reconnait être informé que l'assureur, traite ses données personnelles conformément à la règlementation 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 les 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 l'assuré 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 au maximum six (6) mois pour qualifier l'alerte puis supprimées, sauf si l'alerte s'avère pertinente. En cas d'alerte pertinente les données sont conservées jusqu'à cinq (5) ans à compter de la clôture du dossier de fraude, ou jusqu'au terme de la procédure judiciaire et des durées de prescription applicables.

Pour les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, les données les concernant sont supprimées passé le délai de 5 ans à compter de la date d'inscription sur cette liste.

- En sa qualité d'assureur, il est fondé à effectuer des traitements de données relatives aux infractions, condamnations et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du contrat, soit en cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion de contentieux.
- Les données personnelles pourront également être utilisées par l'assureur dans le cadre de traitements qu'il met en œuvre et dont l'objet est la recherche et le développement pour améliorer la qualité ou la pertinence de ses futurs produits d'assurance et ou d'assistance et offres de services.
- Les données personnelles le concernant peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de l'assureur établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne.
- L'assuré dispose, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition aux données traitées. Il dispose également du droit de demander de limiter l'utilisation de ses données lorsqu'elles ne sont plus nécessaires, ou de récupérer dans un format structuré les données qu'il a fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsqu'il a consenti à l'utilisation de ces données.

Il dispose d'un droit de définir des directives relatives au sort de ses données personnelles après sa mort. Ces directives, générales ou particulières, concernent la conservation, l'effacement et la communication de ses données après son décès.

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué Représentant à la Protection des Données de l'Assureur, sans préjudice du droit de saisir la CNIL (Commission Nationale de l'informatique et des Libertés - 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07) :

- Par mail : à l'adresse DRPO@MUTUAIDE.fr ou
- Par courrier : en écrivant à l'adresse suivante : Délégué Représentant à la Protection des Données – MUTUAIDE ASSISTANCE - 126, rue de la Piazza - CS 20010 – 93196 Noisy-le-Grand CEDEX.

ARTICLE 14 – SUBROGATION

MUTUAIDE ASSISTANCE est subrogée à concurrence des indemnités payées et des services fournis par elle dans les droits et actions du bénéficiaire, contre toute personne responsable des faits ayant motivé son intervention. Lorsque les prestations fournies en exécution de la convention sont couvertes en tout ou partie auprès d'une autre compagnie ou institution, MUTUAIDE ASSISTANCE est subrogée dans les droits et actions du bénéficiaire

contre cette compagnie ou cette institution.

ARTICLE 15 – 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'évènement qui y donne naissance. Ce délai est porté à dix ans pour les garanties décès, les actions des bénéficiaires étant prescrites au plus tard trente ans à compter de cet événement.

Toutefois, ce délai ne court :

- **En cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 16 – RÈGLEMENT DES LITIGES

Le présent contrat est régi exclusivement par la loi française. Tout différend né entre l'assureur et le bénéficiaire relatif à la fixation et au règlement des prestations sera soumis par la partie la plus diligente, à défaut de résolution amiable, à la juridiction compétente du domicile du bénéficiaire conformément aux dispositions prévues à l'article R 114-1 du Code des Assurances.

ARTICLE 17 – FAUSSES DÉCLARATIONS

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion :

- **toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse de votre part entraîne la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues, tel que prévu à l'article L 113.8 du Code des Assurances ;**
- **toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après la notification qui vous sera adressée par lettre recommandée et/ ou l'application de la réduction des indemnités du Code des Assurances tel que prévu à l'article L 113.9.**

ARTICLE 18 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de MUTUAIDE est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)

ACPR – 4, place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 9.

Qui est la mutuelle MGC ?

Experte en protection sociale depuis plus de 140 ans

La mutuelle MGC protège, depuis 1883, les agents de la SNCF et leur famille.

Depuis 2006, elle s'est ouverte à tous et a mis son savoir-faire au service des entreprises et des indépendants.

La mutuelle est présente sur tout le territoire national avec six agences et son siège à Paris dans le 13e.

En bref

186 collaborateurs
172 190 personnes protégées
190 M€ de chiffre d'affaires en 2025

Contactez la mutuelle MGC

01 40 78 57 10
du lundi au vendredi 9h - 17h30.

mutuelleMGC.fr

Retrouvez-nous aussi en agence

Agence PARIS 13
14 rue des peupliers, 75013 PARIS

Agence PARIS EST
6 rue du Château-Landon, 75010 PARIS

Agence BORDEAUX
35 rue Charles Domercq, 33800 BORDEAUX

Agence LYON
167 cours Lafayette, 69006 LYON

Agence RENNES
37 avenue Jean Janvier, 35000 RENNES

Agence MARSEILLE
Ouverture prochaine

MUTUALITÉ FRANÇAISE
MEMBRE DE LA

Mutuelle Générale des Cheminots (MGC), mutuelle régie par le code de la mutualité et soumise aux dispositions de son livre II, SIREN nº 775 678 550, dont le Siège social est situé 2 et 4 place de l'Abbé G.Hénocque 75013 Paris, et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, ACPR, située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09. - Réf : Guide_pratique_TR 2026-03

DÉPLIANT
BAC DE TRI