



mgen⁺

GRUPE **vyv**

NOTICE

D'INFORMATION
v12 2019

applicable à partir
du 01/01/2020

Contrat Collectif
Complémentaire
Frais de Santé
à adhésion facultative
Retraités

NOTICE D'INFORMATION

relative au contrat collectif de complémentaire « Frais de santé »

VOTRE CENTRE DE GESTION MGEN

MGEN Solutions
TSA 91634
75901 PARIS CEDEX 15
Tél : 09 72 72 36 69

Mail : mgen@mgensolutions.fr

Le présent document constitue la Notice d'information référencée v12 2019 du contrat collectif à adhésion facultative (ci-après dénommé le « Contrat collectif ») souscrit par l'association (ci-après dénommée « le Souscripteur ») au profit de ses adhérents auprès de MGEN.

Le Contrat collectif a pour objet la prise en charge de vos soins de santé et de ceux engagés par vos ayants droit.

Il vous précise notamment :

- les dispositions générales d'application du contrat,
- la définition des bénéficiaires de ce contrat,
- les formalités à accomplir pour bénéficier du remboursement de vos frais de santé,
- le rappel des mentions obligatoires.

Le Contrat collectif est régi par le Code de la mutualité.

SOMMAIRE

Dispositions générales	4
Prestations	
I. Garantie Frais de Santé	9
II. Action sociale	12
Cotisations	13
Annexe	14
Note Parcours de soins coordonnés et Contrat responsable	

DISPOSITIONS GENERALES

Délégation de gestion

La gestion de ce contrat est confiée à MGEN Solutions dont le siège social est situé 7 square Max Hymans – 75015 Paris Cedex, enregistré à l’Orias au numéro 14 007 239 (www.orias.fr). Toutes les opérations de gestion décrites dans la présente notice seront par conséquent effectuées par ce dernier, ci-dessous désigné « le Gestionnaire ».

Article 1 - Bénéficiaires des prestations

Sous réserve des cas de dispense prévus dans l’acte juridique instituant le régime, font obligatoirement partie du Groupe assuré et acquièrent à ce titre la qualité de Membre Participant **les adhérents du Souscripteur**.

Peuvent également être couverts les ayant-droit des Membres participants, ci-après dénommés « les Bénéficiaires » qui bénéficient des prestations de la Mutuelle sans en être membres.

Sont considérés comme Bénéficiaires du Membre participant :

- votre conjoint, partenaire de PACS, ou concubin notoire libre de tout engagement matrimonial.

Le conjoint est la personne liée à l’Adhérent par un mariage, non divorcée suite à un jugement devenu définitif et non séparée de corps. La preuve devra être rapportée par l’Adhérent en produisant une copie du livret de famille ou un extrait d’acte de mariage.

Si le divorce ou la séparation de corps est prononcé, l’ex-conjoint de l’Adhérent perd la qualité de bénéficiaire. La preuve devra en être rapportée par l’Adhérent en produisant une copie du jugement de divorce.

Le partenaire de PACS est la personne qui a signé un Pacte Civil de Solidarité avec l’Adhérent. Pour justifier de cette situation, il doit fournir une attestation de conclusion d’un PACS.

En cas de séparation, le partenaire de PACS de l’Adhérent perd la qualité de bénéficiaire. La preuve devra en être rapportée par l’Adhérent en produisant une attestation de dissolution de PACS.

Le concubin est la personne qui vit maritalement avec l’Adhérent, à condition que le concubinage soit notoire. La preuve devra

en être rapportée par l’Adhérent en produisant un justificatif de domicile commun. En cas de séparation, le concubin de l’Adhérent perd la qualité de bénéficiaire. La preuve devra en être rapportée par l’Adhérent en produisant une attestation sur l’honneur de fin de concubinage.

Si l’Adhérent est marié par ailleurs, une déclaration de concubinage ne sera pas recevable tant que le divorce ou la séparation de corps n’aura pas été prononcé. Son concubin (ou sa concubine) devra être lui-même (ou elle-même) libre de tout lien matrimonial.

Chaque Adhérent ne peut avoir qu’un seul bénéficiaire au titre de la qualité de conjoint, concubin ou partenaire de PACS.

- les enfants à votre charge ou à celle de votre conjoint, partenaire de PACS ou concubin.
Par enfant à charge, il faut entendre :
 - tout enfant jusqu’à 18 ans sans condition ;
 - ou jusqu’au 31 décembre de l’année de ses 28 ans, s’il poursuit des études et peut en justifier ou s’il est inscrit au Pôle Emploi ;
 - sans limitation de durée, l’enfant infirme ou atteint d’une maladie chronique et titulaire de la carte mobilité inclusion prévue à l’article L. 241-3 du Code de l’action sociale et des familles, ou tant qu’il bénéficie de l’allocation spécifique aux personnes handicapées (Allocation d’Enfant Handicapé ou Allocation d’Adulte Handicapé).
- Les ascendants à votre charge ou à celle de votre conjoint, partenaire de PACS ou concubin.

Article 2 - Prise d'effet et durée de l'assurance

2.1 Prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation prend effet **pour vous** :

- au 1^{er} jour du mois qui suit la réception par la Mutuelle du bulletin d'adhésion.

L'affiliation des **ayants droit** prend effet :

- à la même date que pour vous-même s'ils répondent aux conditions pour être Bénéficiaires à cette date et si votre bulletin d'adhésion comporte concomitamment la demande d'extension de la couverture au Bénéficiaire ;
- à défaut, au 1^{er} jour du mois qui suit la réception par la Mutuelle de la demande d'extension de la couverture au Bénéficiaire, et sous réserve de répondre aux conditions pour être Bénéficiaires.

2.2 Formalités d'affiliation

Aucune formalité médicale n'est appliquée lors de votre adhésion et celle de vos Bénéficiaires.

Pour que votre inscription et/ou celle de vos ayants droit soit effective, il y a lieu de renvoyer au Gestionnaire un bulletin d'affiliation individuel dûment complété et signé accompagné de justificatifs à fournir annuellement pour les Bénéficiaires ci-après :

- pour les enfants, une copie de l'attestation d'ouverture de droits auprès d'un régime de Sécurité sociale, et/ou une copie de l'attestation d'inscription à Pôle Emploi ;
- pour les enfants étudiants, un certificat de scolarité avec mention de leur appartenance à un régime de Sécurité sociale étudiante ;
- pour l'enfant atteint d'une invalidité, une copie de la décision de la Sécurité sociale ou du justificatif de l'Allocation Adulte Handicapé ou de la carte d'invalidité civile ;
- pour le conjoint, la copie du livret de famille ainsi qu'une copie de l'attestation d'ouverture de droits auprès d'un régime de Sécurité sociale ;
- pour le partenaire au titre d'un PACS, une copie de l'attestation du PACS établie par le greffe du tribunal d'instance ainsi qu'une copie de l'attestation d'ouverture de droits auprès d'un régime de Sécurité sociale ;
- pour le concubin, une attestation sur l'honneur de concubinage, une facture aux deux noms ou deux factures à chacun des deux noms à la même adresse, ainsi qu'une copie de l'attestation d'ouverture de droits auprès d'un régime de Sécurité sociale.

2.3 Prise d'effet des garanties

Les garanties débutent à l'égard du Membre participant ou Bénéficiaire, dans les conditions prévues à l'article 2.1, et ce, quelle que soit l'antériorité de l'affection ayant entraîné les frais engagés postérieurement à la date d'admission.

2.4 Changement de régime

Lorsque plusieurs formules de garanties sont prévues au Contrat collectif souscrit par votre Employeur, le choix retenu pour vous-même s'appliquera à tous les bénéficiaires.

Un changement de régime de garantie est possible au 1^{er} janvier de chaque année en respectant un délai de prévenance de 2 mois. Vous devrez donc en faire la demande auprès de la Mutuelle avant le 1^{er} novembre, pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Toutefois, le passage d'un régime Option vers le régime de Base ne sera possible qu'après avoir cotisé pendant au moins 1 an dans le régime Option.

En cas de changement de situation familiale (décès, divorce, rupture de PACS), vous pourrez changer de régime en fonction de vos besoins. Vous devrez en faire la demande par écrit. Cette modification prendra effet le mois suivant.

2.5 Faculté de renonciation

Conformément à l'article L.221-18 II du Code de la mutualité, vous pouvez renoncer à l'adhésion aux garanties facultatives pendant un délai de quatorze (14) jours à compter de la signature du bulletin d'adhésion.

La Mutuelle est alors tenue de rembourser dans les trente (30) jours la cotisation réglée, à l'exception de la période pendant laquelle le risque a couru. Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle en cas de frais de santé mettant en jeu la garantie.

Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle ci-après : « *Par le présent envoi recommandé avec avis de réception, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse, n° adhérent] déclare renoncer à mon option/la couverture de mon(mes) ayant(s) droit [nom(s), prénom(s)] dans le cadre du contrat [références de la garantie], souscrit le [date] à [lieu]. Date et signature.* »

En cas d'exercice de la faculté de renonciation, l'adhésion à la garantie facultative est annulée. Le salarié ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru. Le gestionnaire

restitue le solde de la cotisation au plus tard 30 jours après la réception de la lettre de renonciation. Le droit de renonciation ne peut plus être exercé dès lors que salarié a bénéficié des garanties du contrat.

2.6 Cessation des garanties

Le droit à garantie cesse :

- **pour vous**, à la date de survenance du premier des événements suivants :
 - résiliation du Contrat collectif entre la Mutuelle et le Souscripteur ;
 - la date à laquelle vous ne faites plus partie du Groupe assuré couvert par le Contrat collectif ;
 - non paiement des cotisations ;
- **pour vos Bénéficiaires**, à la date du premier des événements suivants :
 - à la date de cessation de vos garanties,
 - au 31 décembre de l'année en cours de laquelle vos enfants à charge ne répondent plus aux conditions leur conférant la qualité de Bénéficiaire,
 - au 1^{er} jour du mois qui suit la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions leur conférant la qualité de Bénéficiaire,
 - non-paiement des cotisations, dans les conditions de l'article 23.

Vous pouvez mettre un terme à votre couverture et à celle de vos ayants droit tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au moins 2 mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre.

Toute sortie du Groupe assuré doit faire l'objet d'une information immédiate au Gestionnaire, avec restitution concomitante de la ou des cartes de tiers payant.

2.7 Résiliation de l'adhésion

Dans les conditions de la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 et de ses textes d'application, vous pouvez demander à résilier votre adhésion au régime optionnel, en adressant à la Mutuelle, une demande de résiliation par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription.

La résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification.

Article 3 - Devis et Expertise

Qu'ils soient demandés par la Mutuelle ou produits spontanément par vous, la Mutuelle se réserve le

droit de soumettre pour examen les devis par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens.

La Mutuelle peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale du Membre Participant. Dans ce cas, les frais d'honoraires liés à des opérations d'expertise seront à la charge exclusive de la Mutuelle.

Article 4 - Réticence ou fausse déclaration

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, toute inexactitude ou omission intentionnelle peut amener la Mutuelle à invoquer la nullité de l'adhésion conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité. Les cotisations payées demeureront alors acquises à la Mutuelle qui aura droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

La Mutuelle peut également exiger une augmentation des cotisations proportionnelle.

Sauf cas prévu à l'alinéa précédent, vous ne pouvez pas être exclu de l'assurance contre votre gré, tant que vous faites partie du Groupe assuré et à condition que les cotisations soient acquittées.

Article 5 - Subrogation

Pour le paiement des prestations frais de santé à caractère indemnitaire, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des Membres Participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

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

Article 6 - Représentation des Membres participants au sein de la Mutuelle

A la date de votre affiliation, vous devenez Membre Participant de la Mutuelle. A ce titre, votre représentation dans les instances de la Mutuelle s'exerce dans les conditions prévues aux Statuts.

Article 7 - Renseignements

Toute demande de devis ou de renseignement concernant vos garanties, remboursements, Tiers Payant, NOEMIE peut être formulée auprès de :

MGEN Solutions
TSA 91634
75901 PARIS Cedex 15

Article 8 - Réclamations - Médiation

Pour toute réclamation, l'adhérent peut s'adresser, par lettre simple au service réclamations de la section départementale dont il relève.

Après épuisement de toutes procédures de traitement des réclamations, l'adhérent peut, dans un délai maximum d'un an à compter de sa réclamation écrite, saisir le médiateur MGEN.

Toute demande de médiation doit être formulée par écrit en langue française et adressée :

par voie postale à :
Monsieur le Médiateur du Groupe MGEN
3, square Max Hymans
75748 PARIS Cedex 15

ou par mail à :
mediation@mgen.fr

ou en complétant le formulaire sur le site internet :
www.mediation-mgen.fr

Les conditions et modalités d'intervention de la médiation peuvent être consultées sur le site www.mediation-mgen.fr ou obtenues sur demande à l'adresse postale ci-dessus.

Article 9 - Prescription

EN APPLICATION DE L'ARTICLE L.221-11 DU CODE DE LA MUTUALITE, TOUTE ACTION DERIVANT DU CONTRAT SOUSCRIT PAR VOTRE EMPLOYEUR EST PRESCRITE PAR DEUX ANS A COMPTER DE L'EVENEMENT QUI Y DONNE NAISSANCE.

TOUTEFOIS, CE DELAI NE COURT :

- EN CAS DE RETICENCE, OMISSION, DECLARATION FAUSSE OU INEXACTE SUR LE RISQUE COURU, DU FAIT

DU MEMBRE PARTICIPANT, QUE DU JOUR OÙ LA MUTUELLE EN A EU CONNAISSANCE ;

- EN CAS DE REALISATION DU RISQUE, QUE DU JOUR OU LES INTERESSES EN ONT EU CONNAISSANCE, S'ILS PROUVENT QU'ILS L'ONT IGNORE JUSQUE-LA.

QUAND L'ACTION DU MEMBRE PARTICIPANT CONTRE LA MUTUELLE A POUR CAUSE LE RECOURS D'UN TIERS, LE DELAI DE PRESCRIPTION NE COURT QUE DU JOUR OU CE TIERS A EXERCE UNE ACTION EN JUSTICE CONTRE LE MEMBRE PARTICIPANT OU L'AYANT DROIT, OU A ETE INDEMNISE PAR CELUI-CI.

LA PRESCRIPTION EST INTERROMPUE PAR UNE DES CAUSES ORDINAIRES D'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION TELLES QUE DEFINIES PAR LES ARTICLES 2240 ET SUIVANTS DU CODE CIVIL :

- RECONNAISSANCE D'UN DROIT PAR L'ASSURE OU PAR LA MUTUELLE,
- DEMANDE EN JUSTICE, MEME EN REFERE, COMMANDEMENT, SAISIE,
- ACTE D'EXECUTION FORCEE.

LA PRESCRIPTION EST EGALEMENT INTERROMPUE DANS LES CAS CI-APRES :

- DESIGNATION D'EXPERT A LA SUITE DE LA REALISATION DU RISQUE,
- ENVOI D'UNE LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE DE RECEPTION ADRESSEE PAR LA MUTUELLE A VOUS OU A VOTRE EMPLOYEUR OU PAR VOUS OU VOS AYANTS DROIT A LA MUTUELLE.

Article 10 - Informatique et Libertés

Le Membre participant est informé et accepte que dans le cadre de l'exécution du contrat, la Mutuelle, peut stocker, traiter, enregistrer et utiliser les données personnelles le concernant et collectées tout au long de l'exécution du contrat et en particulier lors de l'adhésion, dans le respect de la réglementation applicable en matière de données personnelles, notamment la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement Général Européen sur la Protection des Données Personnelles (ou « RGDP »).

La collecte et le traitement de ces données sont nécessaires aux fins d'exécution du contrat, de la gestion de la relation client et des éventuels litiges susceptibles d'en découler, ainsi que pour l'amélioration des services proposés par la Mutuelle, et a pour base juridique l'exécution du contrat.

Les destinataires des données personnelles sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de la Mutuelle, ainsi que les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les

organismes professionnels habilités, les partenaires.

Chaque formulaire indique si les données sont obligatoires ou facultatives.

Les données sont également conservées afin de permettre à la Mutuelle de respecter les obligations légales et réglementaires lui incombant.

Ces données personnelles sont strictement confidentielles et ne sont destinées qu'aux services compétents de la Mutuelle, intervenant dans le cadre de l'exécution du contrat.

Dans le cadre de l'exécution du contrat et/ou de ses suites, la Mutuelle peut également être amenée à communiquer certaines des données ainsi recueillies à des tiers dûment habilités, et le cas échéant, à ses réassureurs, dans le respect de la réglementation applicable lorsque cette communication est strictement nécessaire à la ou aux finalités déclarées.

En tout état de cause, les données personnelles ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la gestion de ces missions et des litiges susceptibles d'en résulter conformément aux règles de prescription applicables ou aux règles de conservation des documents comptables.

Le Membre participant dispose à l'égard de la Mutuelle, et ce, conformément aux réglementations nationales et européennes en vigueur, des droits suivants :

- droit de demander l'accès à ses données personnelles,
- droit de demander la rectification de celles-ci,
- droit de demander leur effacement,
- droit de demander une limitation du traitement mis en œuvre,
- droit de s'opposer au traitement,
- droit de retirer son consentement quand le traitement est fondé sur le consentement,
- droit à la portabilité des données,
- droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle,
- droit de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Le Membre participant peut exercer ses droits par courrier accompagné d'une pièce d'identité auprès de :

MGEN Solutions – Gestion CNIL
7 square Max Hymans
75015 PARIS

Le Membre participant est également informé que la Mutuelle n'envisage pas d'effectuer un transfert des données personnelles vers un pays situé en dehors de l'Union européenne, et qu'elle s'engage à ne pas exploiter pour son propre compte, céder et/ou louer à des entreprises tierces les données personnelles collectées dans le cadre de l'exécution du contrat.

Pour toute réclamation relative au traitement de vos données personnelles et à l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés :

CNIL
3 place de Fontenoy
TSA 80715
75334 PARIS Cedex 07

Le Membre participant est enfin informé de son droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel.

Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

Article 11 - Organisme de contrôle

Conformément au Code de la mutualité, la Mutuelle exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
4 place de Budapest
CS 92459
75436 PARIS Cedex 09

PRESTATIONS

I. GARANTIE FRAIS DE SANTE

Article 12 - Objet de la garantie Frais de Santé

La garantie a pour objet de vous servir dans les conditions et limites prévues par les textes en vigueur, des prestations en complément du régime général ou local de la Sécurité sociale à l'occasion des frais engagés au titre de la maladie, d'un accident ou de la maternité.

Ne donnent lieu à prestations que les frais engagés pour les soins donnés par un chirurgien, un praticien qualifié ou un dentiste ou sur prescription écrite de l'un deux, et dans les conditions prévues par le régime de Sécurité sociale.

Article 13 - Contrat solidaire et responsable

Le contrat est conforme aux conditions relatives au contrat responsable mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et aux décrets d'application R.871-1 et R.871-2.

La cotisation n'est pas fixée en fonction de l'état de santé des assurés.

100% Santé

Conformément au décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 modifiant le cahier des charges des contrats responsables afin d'intégrer la réforme du « reste à charge zéro », dite 100% Santé, le présent contrat prend en charge intégralement les frais non remboursés par la Sécurité sociale pour les équipements optique, dentaire et auditif définis réglementairement.

- En **optique** : prise en charge intégrale des équipements (monture et verres) de **classe A** dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale.

- En **dentaire** : prise en charge intégrale des **soins et prothèses**, dans la limite des honoraires limites de facturation, l'absence de reste à charge dépendant du matériau utilisé et de l'emplacement de la dent : pas de reste à charge pour les prothèses métalliques (dents du sourire et dents de fond de bouche), et pas de reste à charge pour les dents du sourire selon le type de prothèse utilisé.

- En **audiologie** : prise en charge intégrale dans la limite des PLV des aides auditives de **classe I** fixés par la LPP.

Article 14 - Etendue et montant des prestations santé

Les prestations décrites ci-après sont servies si elles sont prévues au Tableau des prestations annexé à la présente notice.

Les prestations dues par la Mutuelle sont calculées acte par acte pour les frais postérieurs à votre affiliation ou celle de votre Bénéficiaire et pendant la durée de cette affiliation.

Les prestations suivantes sont servies en complément de la Sécurité sociale, selon les montants indiqués dans le Tableau des prestations :

- actes médicaux courants,
- pharmacie,
- hospitalisation,
- optique,
- dentaire,
- appareils et dispositifs médicaux,
- audioprothèses et autres prothèses,
- cures thermales,
- transports.

La prise en charge par la Mutuelle de la pharmacie, de l'optique (montures, verres, lentilles de contact), des accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie, et des prothèses est conditionnée au fait que ces prestations aient été délivrées conformément aux dispositions du Code de la santé publique. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où la Sécurité sociale a elle-même pris en charge les frais considérés et/ou le site Internet respecte les critères de santé publique.

La dispense d'avance de frais peut être accordée suivant les accords de tiers payant (pharmacie, laboratoire, auxiliaires médicaux...) et les conventionnements de la Mutuelle avec les professionnels de santé (réseaux Itelis et Audistya).

D'autres prestations sont servies en cas d'absence de prise en charge par la Sécurité sociale :

- **Chirurgie réfractive de l'œil** :

La Mutuelle intervient pour des interventions chirurgicales réalisées par un ophtalmologiste, non

remboursées par la Sécurité sociale quel que soit le type d'intervention pratiqué.

Seules deux participations, c'est-à-dire une pour chaque œil, peuvent être attribuées à la même personne.

- **Médecine douce (acupuncteur, chiropracteur, diététicien, étio-pathe, nutritionniste, ostéopathe..)**:

La Mutuelle intervient pour les séances effectuées par un praticien autorisé à faire un usage professionnel par un diplôme ou une capacité faisant l'objet d'une reconnaissance par l'Etat.

Le droit à prestation est apprécié à la date d'exécution de l'acte.

La prestation est servie sur présentation de la facture originale nominative acquittée précisant la nature de l'acte et portant l'identification professionnelle du praticien, son cachet et sa signature.

- **Ostéodensitométrie :**

La Mutuelle intervient pour le remboursement des actes d'ostéodensitométrie remboursés ou non par la Sécurité sociale.

Pour les actes remboursés par la Sécurité sociale, seuls les actes remplissant les conditions suivantes peuvent donner lieu à une prise en charge de la Mutuelle au titre du forfait prévention :

- acte effectué dans le cadre du parcours de soins par un praticien ayant adhéré au contrat d'accès aux soins,
- et laissant un reste à charge après prise en charge du ticket modérateur et intervention de la mutuelle au titre des dépassements d'honoraires.

Le remboursement des actes d'ostéodensitométrie est limité à **un acte tous les cinq ans**.

Article 15 - Limite des remboursements

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge ou à vos Bénéficiaires, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

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

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la Mutuelle ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur

au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par la Mutuelle seraient réduites à due concurrence.

Le Bénéficiaire recevant, de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la Mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Si vous êtes partiellement garanti par une police individuelle d'accident, la Mutuelle ne prend à sa charge que les frais non couverts par cette police dans la limite de son engagement contractuel.

Article 16 - Etendue territoriale de la garantie

La garantie s'applique aux seuls frais exposés en France métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer, les Collectivités d'Outre-Mer, et pour des Bénéficiaires ayant leur domicile dans ces limites.

Par extension, elle s'applique aux soins et traitements ayant dû être exécutés à l'étranger en cas d'urgence et lorsqu'ils sont survenus au cours des trente premiers jours d'un voyage en quelque pays que ce soit. En tout état de cause, cette prise en charge ne peut intervenir que dans la mesure où la Sécurité sociale a elle-même pris en charge les frais considérés et selon la codification qu'elle a appliquée.

Article 17 - Exclusions

SOUS RESERVE DU RESPECT DES OBLIGATIONS DE PRISE EN CHARGE PREVUES A L'ARTICLE R.871-2 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE, LA MUTUELLE NE GARANTIT PAS :

- LES FRAIS DE TRAITEMENT ET OPERATIONS DE RAJEUNISSEMENT,
- LES FRAIS DE CHIRURGIE ESTHETIQUE,
- LES FRAIS DE SANTE NE FIGURANT PAS A LA NOMENCLATURE DE LA SECURITE SOCIALE.

Article 18 - Paiement des sommes assurées

18.1 Formalités

LES DEMANDES DE PRESTATIONS DOIVENT ETRE ADRESSEES A LA MUTUELLE DANS LES SIX MOIS SUIVANT LA DATE DE REGLEMENT DE LA SECURITE SOCIALE, DE NOTIFICATION DE REFUS DE CELLE-CI, DE NAISSANCE OU D'ADOPTION D'UN ENFANT.

Ne sont transmises à la Mutuelle que les demandes concernant les prestations prises en charge au titre du contrat.

18.2 Echanges d'informations Noémie

Le Gestionnaire a développé des échanges d'informations par télétransmission (norme Noémie) avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie. Vous bénéficiez des traitements d'échanges informatisés entre le Gestionnaire et les Caisses Primaires d'Assurance Maladie. Ces échanges vous dispensent de l'envoi au Gestionnaire des décomptes de remboursements effectués par l'Assurance Maladie, et ont pour objet d'accélérer les délais de remboursement.

Vous avez la possibilité de renoncer à ces échanges. Pour ce faire, vous devez cocher la case correspondante sur le Bulletin d'adhésion. Dans ce cas, vous devez systématiquement adresser au Gestionnaire les décomptes de remboursements effectués par l'Assurance Maladie, auxquels devront être jointes les éventuelles factures acquittées.

18.3 Pièces justificatives

En cas de besoin, la Mutuelle peut être amenée à vous demander les pièces justificatives suivantes :

- le décompte de Sécurité sociale (original ou dématérialisé-télétransmission Noémie) ou de tout autre organisme ;
- les pièces demandées conformément aux règles applicables dans le réseau de professionnels de santé conventionnés avec la Mutuelle après accord de prise en charge pour les frais relatifs aux prestations conventionnelles en optique et audioprothèse ;
- pour les frais dentaires, prothétiques et orthodontiques : l'original de la note d'honoraires nominative acquittée, détaillée et codifiée des actes mentionnant le numéro de dents concernés, ou un devis préalable dès lors qu'il a été accepté et que les soins réalisés en sont similaires en tous points ;
- pour les frais d'optique en dehors du réseau Itelis des opticiens partenaires : l'original de la facture détaillée mentionnant les équipements d'optique délivrés, le prix, la marque, la codification des verres, de la monture ou des lentilles, ainsi que la date de délivrance ;
- pour les prestations d'audioprothèse en dehors du réseau AUDISTYA des audioprothésistes partenaires : l'original de la facture nominative acquittée et détaillée du fournisseur précisant les équipements ou les prestations d'entretien et réparation délivrées, et mentionnant le prix, la marque, la codification ainsi que la date de délivrance, le numéro FINISS du centre d'audition et l'identification de l'audioprothésiste ;
- pour l'hospitalisation (dont la chambre particulière) : l'original de la facture nominative acquittée. Si le forfait Sécurité sociale est épuisé, la prestation médicale et l'ensemble des factures nominatives acquittées ;
- pour le transport ou les cures thermales : l'ensemble des factures originales relatives aux frais engagés portant le détail des actes et prestations réalisés ;
- pour les traitements nicotiniques de substitution : l'ensemble des factures nominatives acquittées. Si le forfait Sécurité sociale est épuisé, la prescription médicale et l'ensemble des factures nominatives acquittées ;
- pour les frais de maternité : un extrait de l'acte de naissance de l'enfant ou la copie intégrale du livret de famille + demande d'extension de la couverture familiale ;
- pour les consultations d'ostéopathie, d'homéopathie, de chiropractie, d'acupuncture, de diététique, de podologie : l'original de la facture nominative acquittée, portant l'identification professionnelle du praticien, son cachet, sa signature et son numéro ADELI, et précisant la date des séances ;
- pour les consultations diététiques : l'original de la facture nominative acquittée, portant l'identification professionnelle du praticien, son cachet, sa signature et son numéro ADELI ;
- pour le bilan psychomotricité : la prescription médicale et l'original de la facture nominative acquittée établie par une officine de pharmacie, ainsi que la prescription médicale selon le type de contraceptifs délivrés ;
- pour les vaccins prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale : la prescription médicale et l'original des factures nominatives acquittées établies par une officine de pharmacie. L'original de la facture peut suffire si elle est établie par un centre agréé de vaccination ;
- pour l'amniocentèse non prise en charge par la Sécurité sociale, le bilan acoustique du nouveau-né, les prothèses médicales non prises en charge par la Sécurité sociale : l'original de la facture nominative acquittées ;
- pour la Chirurgie réfractive de l'œil : l'original de la facture nominative acquittée portant le détail de l'opération (nature, date, lieu, montant), l'identification professionnelle du praticien (spécialité 15 pour ophtalmologiste) et son cachet, sa signature, son numéro ADELI ou le numéro de l'établissement (FINISS).

II. ACTION SOCIALE

Article 19 - SAD SOLIDARITE Service d'Aide à Domicile

Sont concernés les Membres participants et leurs ayants droit en cas de :

- sortie d'hospitalisation
- enfant en difficulté de santé
- enfant majeur en arrêt de travail
- adhérent fragilisé suite à un problème de santé qui poursuit une activité professionnelle
- adhérent en situation de handicap (taux d'incapacité défini par la Maison Départementale des Personnes Handicapées – MDPH – au moins égal à 80%.

La prestation consiste à accorder au Membre participant ou au Bénéficiaire une aide ménagère ou une Technicienne d'intervention sociale et familiale des tâches quotidiennes.

Le nombre d'heures accordées tient compte de la situation du bénéficiaire, dans la limite d'un mois et sans pouvoir excéder 20 heures.

Article 20 - Frais de santé non remboursés

Sont concernés les Membres participants et leurs ayants droit qui ont supporté des frais de santé non remboursés par l'Assurance Maladie, ou pour lesquels le reste à charge est important après intervention de l'Assurance Maladie et de la Mutuelle.

Une aide financière peut être accordée pour prendre en charge ces frais après constitution d'un dossier avec les pièces justificatives, et sous condition de ressources.

Pour toute demande d'action sociale décrite ci-dessus, vous devez vous rapprocher de la section départementale dont vous relevez.

COTISATIONS

Article 21 - Montant des cotisations

Les montants de cotisation sont fixés dans les Conditions Particulières du Contrat collectif souscrit auprès de la Mutuelle.

A moins que les Conditions Particulières n'en disposent autrement, les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS).

La valeur du PMSS évoluant chaque année au 1^{er} janvier, les cotisations évoluent dans les mêmes proportions.

Les taux de cotisation peuvent également être révisés d'un commun accord entre la Mutuelle et le Souscripteur, afin notamment de tenir compte des résultats du Contrat collectif.

Article 22 - Paiement des cotisations

La cotisation est acquittée mensuellement par prélèvement sur votre compte bancaire.

A l'occasion de la naissance ou de l'adoption d'un enfant ayant droit, les garanties du Contrat collectif sont immédiates, sous réserve de déclarer la naissance ou l'adoption dans les 3 mois. La cotisation sera alors calculée, s'il y a lieu, à compter du 1^{er} mois qui suit la naissance ou l'adoption.

Article 23 - Non-paiement des cotisations

EN CAS DE NON-PAIEMENT DES COTISATIONS DANS LES DIX JOURS DE LEUR ECHEANCE, LA MUTUELLE VOUS ENVOIE, CONFORMEMENT A L'ARTICLE L.221-8-II DU CODE DE LA MUTUALITE, UNE LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE DE RECEPTION VALANT MISE EN DEMEURE.

CETTE LETTRE VOUS INFORME QUE LE DEFAUT DE PAIEMENT DANS LES TRENTE (30) JOURS ENTRAINE LA SUSPENSION DES GARANTIES.

LES GARANTIES FACULTATIVES POURRONT ETRE RESILIEES DIX (10) JOURS APRES, SOIT QUARANTE (40) JOURS APRES LA MISE EN DEMEURE.

LA GARANTIE NON RESILIEE REPREND EFFET A MIDI, LE LENDEMAIN DU JOUR OU A ETE PAYEE LA COTISATION ARRIERE OU EN CAS DE FRACTIONNEMENT, LES FRACTIONS DE COTISATIONS AYANT FAIT L'OBJET DE LA MISE EN DEMEURE ET CELLES VENUES A ECHEANCE PENDANT LA SUSPENSION AINSI QUE LES FRAIS DE POURSUITE ET DE RECOUVREMENT.

Si l'agrément accordé à MGEN lui est retiré, le bulletin d'adhésion sera résilié le quarantième jour à midi à compter de la date de publication de la décision de retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au Souscripteur.

ANNEXE

PARCOURS DE SOINS COORDONNES

La notion de parcours de soins coordonnés, introduite par la loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie et applicable depuis le 1^{er} juillet 2005, a été renforcée par la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes du 26 juillet 2011. Elle s'articule autour de la désignation par les assurés sociaux ou les ayants droit de plus de seize ans d'un médecin traitant (médecin généraliste, spécialiste ou médecin hospitalier). Celui-ci assure le suivi médical régulier du patient et l'oriente en cas de besoin, vers le professionnel de santé adapté à son problème de santé (médecin correspondant). Le parcours de soins coordonnés permet une meilleure coordination des soins médicaux grâce à un suivi médical plus efficace.

Pour être considéré comme étant dans le parcours de soins, tout patient doit donc se référer à son médecin traitant avant de consulter le médecin correspondant, sauf cas particuliers (urgence médicale, consultation de gynécologue, ophtalmologiste, psychiatre ou neuropsychiatre, stomatologiste sous réserve du respect de certaines conditions).

Dans le même temps, le contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide a été modifié afin de conditionner les aides fiscales et sociales accordées sur ces contrats, suivant les règles en vigueur, exclusivement à ceux dits responsables.

PAR « CONTRAT RESPONSABLE »,

il est entendu un contrat complémentaire Frais de santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et les textes publiés ultérieurement pour l'application dudit article (notamment les articles R.871-1 et R.871-2 du même Code). En conséquence, afin de pouvoir répondre aux conditions du contrat responsable, les Conditions Générales et Particulières sont ainsi précisées :

Les garanties ne comprennent pas :

- la participation forfaitaire prévue à l'article L.160-13 II du Code de la Sécurité sociale (1 € depuis le 1^{er} juillet 2005) et laissée à la charge de l'adhérent ou bénéficiaire de 18 ans et plus (sauf cas spécifiques d'exonération) par son Régime social de base, en sus du Ticket modérateur pour chaque acte ou consultation ouvrant droit aux prestations de ce régime et réalisé par un médecin en ville, dans un établissement ou un centre de santé (à l'exclusion des cas d'hospitalisation), ainsi que pour les actes de biologie médicale et les examens de radiologie, n'est pas pris en charge par la mutuelle ;
- la franchise médicale instaurée à compter du 1^{er} janvier 2008, sauf cas spécifiques d'exonération (article L.160-13 III du Code de la Sécurité sociale), et portant sur les boîtes de médicaments et les préparations magistrales, les actes paramédicaux (massesurs-kinésithérapeutes, actes réalisés par les infirmiers, orthoptistes, orthophonistes, et pédicures) et de transports sanitaires (taxi, véhicule sanitaire léger terrestres sauf transport d'urgence),

hors période d'hospitalisation n'est pas prise en charge par la mutuelle) ;

- lorsque l'adhérent ou un bénéficiaire âgé de 16 ans ou plus n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant (sauf cas particuliers mentionnés ci-dessus), la participation (ticket modérateur) mentionnée à l'article L.160-13 I du Code de la Sécurité sociale et laissée à sa charge par son régime social de base peut être majorée. Cette majoration de participation appliquée en vertu de l'article L.162-5-3 du même Code, en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, n'est pas prise en charge par la mutuelle ;
- les médecins spécialistes de secteur I (ou tout secteur en cas de consultation d'un bénéficiaire CMU-C) sont autorisés à pratiquer, dans certaines limites, des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins. La mutuelle ne prend pas en charge ces dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques (consultations) ou techniques, pris en application de l'article L.162-5 18° du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties comprennent la prise en charge :

- de l'intégralité de la participation des assurés prévue à l'article R.160-5 du Code de la Sécurité sociale pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, à l'exception de celles dues au titre de la pharmacie remboursée à 30 % et 15 %, des spécialités et préparations homéopathiques et des frais de cures thermales ;
- de la participation forfaitaire de 24 € pour les actes coûteux en ville et en hôpital, dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €, prévue à l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale ;
- de l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers mentionné à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale, sans limitation de durée ;
- des frais de soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dentofaciale remboursés par la Sécurité sociale à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base de calcul des prestations d'assurance maladie ;
- des garanties sur les équipements optiques complets (composés d'une monture et de deux verres) conformes à l'encadrement des tarifs prévu par les articles L.871-1, R.871-2 et D.911-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les taux de prise en charge minimale définis aux alinéas précédents sont réduits afin que la prise en charge de la participation des assurés sociaux ou de leurs ayants droit ne puisse excéder le montant des frais exposés à ce titre.

Les garanties de votre contrat collectif sont détaillées dans le Tableau des prestations. Merci de vous y référer.



MGEN (n° SIREN 775 685 399) et MGEN Vie (n° SIREN 441 922 002)
mutuelles soumises aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité
siège social : 3, square Max Hymans – 75748 Paris Cedex 15
L'autorité de contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) est chargée du contrôle de MGEN.
Les relations entre la mutuelle et l'adhérent sont régies par le droit français et écrites en langue française.