

GAMMES MUTUELLE EUROPE

Table des matières

RÈGLEMENT MUTUALISTE.....	3
PREAMBULE.....	3
TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	3
TITRE II - LA GARANTIE « FRAIS DE SANTÉ »	14
TITRE III - COTISATIONS	18
TITRE V - ACTION SOCIALE, PRÉVENTION ET SERVICES.....	19
Annexe 1 - Obligations d'information précontractuelle - Vente à distance	22
Annexe 2 - Statuts de l'Association MGAS Protection.....	24
Annexe 3 - Services Santéclair	28
Annexe 4 - MGAS Assistance.....	30
Annexe 5 - Assurance scolaire/étudiante.....	41
Annexe 6 – EMS : Tableaux des garanties Frais de soins - Document d'information préalable.....	48
Annexe 7 - EHPAD USLD : Tableaux des garanties Frais de soins - Document d'information préalable	52
Annexe 8 – SMS : Tableaux des garanties Frais de soins - Document d'information préalable.....	56
Annexe 9 – DOMPRO : Tableaux des garanties Frais de soins - Document d'information préalable.....	60
Annexe 10 – OSKI : Tableaux des garanties Frais de soins	64
Annexe 11 – POURPRE : Tableaux des garanties Frais de soins.....	67
Annexe 12 – SOLAE EHPAD : Tableaux des garanties Frais de soins	70
Annexe 13 – C CLASS : Tableaux des garanties Frais de soins.....	73

RÈGLEMENT MUTUALISTE

PREAMBULE

Le présent Règlement Mutualiste définit les règles applicables aux gammes suivantes :

- Gamme SMS
- Gamme EHPAD-USLD
- Gamme EMS
- Gamme DOMPRO
- Gamme OSKI
- Gamme Pourpre
- Gamme Solaé EHPAD
- Gamme C Class

TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - Définitions

Au sein du présent Règlement Mutualiste :

- Le terme « Mutuelle » désigne la Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS), Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, numéro SIREN 784 301 475, et dont le siège social est 96 avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex 15,
- Le terme « Membre Participant » désigne la personne physique bénéficiant des prestations de la Mutuelle à laquelle elle a adhéré et en ouvre le droit à ses ayants droit (Article L.114-1 du Code de la mutualité), Le Membre Participant peut être une personne sous protection juridique. Dans ce cas, l'ensemble des démarches décrites dans le présent règlement peut être réalisé par son représentant, à savoir le Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs (MJPM), le Délégué des Associations tutélaires et familiales, ou tout autre personne assermentée désignée par un jugement du tribunal des tutelles.
- L'expression « garantie frais de santé » désigne la garantie ayant pour objet la couverture de frais médicaux, chirurgicaux, dentaires, paramédicaux, pharmaceutiques, d'analyse ou d'appareillage, des dépenses engagées pour obtenir certaines de ces prestations (frais de séjour, d'hospitalisation ou de transport), ainsi que d'autres frais en relation avec la santé,
- l'âge est déterminé en tenant compte de l'âge réel au jour de la prise d'effet de l'adhésion ; ou au 1^{er} janvier lors du renouvellement annuel de l'adhésion.

Article 2 - Objet

Le présent Règlement Mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existants entre chaque Membre Participant et la Mutuelle en ce qui concerne les cotisations et les prestations, et ce conformément à l'Article L.114-1 du Code de la mutualité. Le présent Règlement Mutualiste répond aux exigences de l'Article L.110-2 du Code de la mutualité.

Tous les Membres Participants sont en conséquence tenus de s'y conformer.

Le bulletin d'adhésion à la Mutuelle précise l'identité des personnes bénéficiaires des prestations ainsi que la gamme, la formule et les garanties qui ont été choisies par le Membre Participant et les « Dispositions Particulières » applicables au Membre Participant compte tenu de sa situation.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des Statuts, du Règlement Intérieur Institutionnel et des droits et obligations définis par le présent Règlement Mutualiste (« Dispositions Générales » et « Dispositions Particulières »), conformément à l'Article L.114-1 du Code de la mutualité.

Conformément à l'Article L.221-5 du Code de la mutualité, toute modification du présent Règlement Mutualiste, (en ce inclus les cotisations et les prestations et ce aussi bien à la hausse qu'à la baisse) doit être portée à la connaissance des Membres Participants.

Toute modification des cotisations et/ou prestations est constatée par la notification de celles-ci aux Membres Participants entre autres via le journal d'information de la Mutuelle, via e-mail, etc.

Toute modification n'est applicable qu'après avoir été notifiée aux Membres Participants.

En application de l'Article L.221-3 du Code de la mutualité, la Mutuelle peut souscrire des contrats collectifs auprès d'autres organismes assureurs en vue de faire bénéficier ses Membres Participants ou une catégorie d'entre eux, de garanties supplémentaires.

L'ensemble des Membres Participants ou les catégories de Membres couverts par le contrat bénéficient alors obligatoirement du contrat souscrit par la Mutuelle.

Chaque garantie est régie par les dispositions contractuelles établies par l'organisme assureur.

Lorsque la Mutuelle présente des risques portés par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance, elle agit comme intermédiaire d'assurance au sens de l'Article L.116-1 du Code de la mutualité.

Article 3 - Informations précontractuelles

I. Opérations individuelles

La Mutuelle remet au Membre Participant ou futur Membre Participant, avant la signature du bulletin d'adhésion :

- les Statuts et Règlement Intérieur et Institutionnel
- le Règlement Mutualiste, qui décrit précisément leurs droits et obligations réciproques, conformément à l'Article L.221-4 du Code de la mutualité. Le Règlement Mutualiste comporte un document annexé listant les informations précontractuelles obligatoires en cas de vente à distance au sens de l'Article L. L.221-18 du Code de la mutualité.
- un document d'information normalisé établi par les Coassureurs.

Le Règlement Mutualiste se compose de deux parties :

- Une première partie intitulée « Dispositions Générales » qui comporte les clauses générales applicables aux Membres Participants de la Mutuelle adhérant de manière individuelle au Règlement Mutualiste,
- Une seconde partie intitulée « Annexes » qui vient compléter les « Dispositions Générales » du Règlement Mutualiste et qui comporte les dispositions spécifiques applicables à la situation du Membre Participant.

Les « Dispositions Particulières » applicables à un Membre Participant sont indiquées sur son bulletin d'adhésion, au Règlement Mutualiste et sur le certificat de garanties transmis par la Mutuelle au Membre Participant en confirmation de son adhésion.

II. Opérations collectives

Concernant les contrats collectifs souscrits en application de l'Article L.221-3 du Code de la mutualité, ainsi que les contrats collectifs à adhésion facultative souscrits auprès d'autres organismes assureurs, la Mutuelle remet au Membre Participant, conformément à l'Article L.221-6 du Code de la mutualité, une notice d'information établie par l'organisme assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

La notice d'information précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription. Ces notices correspondant à des garanties obligatoires, figurent en annexes du présent Règlement Mutualiste.

III. Adhésion à l'association MGAS Protection

En demandant son adhésion à la mutuelle, le Membre participant adhère automatiquement et à titre gracieux à l'Association MGAS Protection dont les statuts sont reproduits en annexe du contrat.

IV. Conflit d'intérêt

L'apériteur a mis en place une politique interne lui permettant de détecter et d'identifier tout conflit d'intérêt tel que défini à l'article L522-2 du code des assurances et pouvant impacter un ou plusieurs de ses membres.

Lorsque le dispositif mis en place ne suffit pas à garantir que le conflit d'intérêt sera évité, la Mutuelle informe le membre concerné avant toute contractualisation de la nature générale ou de la source du conflit d'intérêt.

Article 4 - Catégories mutualistes

I. Membres Participants

Peuvent adhérer, en qualité de membres participants, les populations décrites dans l'article 5 du présent Règlement Mutualiste.

II. Ayants droit

Les ayants droit sont les personnes qui bénéficient de la garantie frais de santé choisie par le Membre Participant auquel ils sont rattachés.

Sont considérées comme ayants droit d'un Membre Participant les personnes listées ci-après :

- Son conjoint, non séparé de corps judiciairement ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle,
- Son concubin, entendu comme la personne, exerçant ou non une activité professionnelle, et partageant le même domicile que le Membre Participant dans la mesure où l'un et l'autre sont libres de tout autre lien de même nature (c'est-à-dire chacun est célibataire, séparé de corps, veuf ou divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un PACS avec une autre personne).

Le concubinage est attesté par une déclaration sur l'honneur, adressée à la Mutuelle, indiquant le numéro de Sécurité sociale des deux concubins, certifiant que le concubinage est notoire et signée par chacun des intéressés.

- La personne ayant conclu un contrat de PACS avec le Membre Participant,
- Les enfants, entendus comme les enfants légitimes, adoptifs, naturels reconnus, recueillis au foyer du Membre Participant, de son conjoint ou concubin, ou partenaire pacsé. Ils doivent être :
 - Âgés de moins de 29 ans
 - Handicapés, sans limite d'âge, ne pouvant se livrer à aucune activité professionnelle, et percevant, quel que soit leur âge, une allocation prévue par la législation en faveur des handicapés,
- Ses ascendants à la condition que leur adhésion ait été demandée concomitamment à celle du Membre Participant et en tout état de cause, avant qu'ils n'aient atteint l'âge de 65 ans révolus.

CHAPITRE 1 - Adhésion, démission, radiation et exclusion

Article 5 - Conditions d'adhésion

Peut adhérer au présent Règlement Mutualiste toute personne relevant d'un Régime Obligatoire français.

Les conditions d'adhésion pour chaque gamme sont définies ci-après.

I. Gamme SMS (salarié du médico-social)

Cette gamme est réservée aux personnels des établissements ou des associations du secteur médico-social, âgées de moins de 70 ans et à leurs Ayants droit.

II. Gamme EHPAD - USLD

Cette gamme est réservée aux personnes résidant dans les Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ou en Unités de soins de longue durée et à leurs Ayants droit.

III. Gamme EMS

Cette gamme est réservée aux personnes résidant dans les établissements spécialisés (Maison d'accueil temporaire, Maison d'accueil spécialisée (MAS), Foyer d'accueil médicalisé pour adultes handicapés (FAM), Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM)), âgées de moins de 80 ans et à leurs Ayants droit.

IV. Gamme DOMPRO

Cette gamme est réservée aux personnes résidant dans des lieux d'hébergement non médicalisés : domicile, foyer d'hébergement, foyer logement, foyer de vie, résidence Séniors, etc ..., âgées de moins de 80 ans et à leurs Ayants droit.

V. Autres gammes

Les gammes OSKI, Pourpre, Solaé EHPAD, C Class sont fermées aux nouvelles adhésions.

Article 6 - Formalités d'adhésion

Pour être recevable par la Mutuelle, la demande d'adhésion doit comprendre obligatoirement les documents suivants :

Concernant le Membre Participant :

- Le bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé (y compris la fiche de devoir d'information et de conseil),
- Une photocopie de l'attestation de Sécurité sociale en cours de validité, avec le nom de toutes les personnes à inscrire,
- Un Relevé d'Identité Bancaire et le mandat de prélèvement SEPA si le règlement s'opère par prélèvement bancaire,
- Une photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport valide,
- Tout autre document mentionné sur le bulletin d'adhésion.

Concernant les Ayants Droit :

- Une photocopie de l'attestation de Sécurité sociale en cours de validité,
- Un Relevé d'Identité Bancaire, à défaut, les remboursements seront effectués sur le compte du Membre Participant,
- Une photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport valide,
- Pour toute personne en situation de handicap : une photocopie de la carte d'invalidité.

La procédure d'adhésion peut être réalisée de façon dématérialisée, par voie électronique.

L'acceptation de l'adhésion par la Mutuelle sera notifiée au Membre Participant par un ou plusieurs courriers, dont le certificat de garantie, qui préciseront, pour l'ensemble des personnes protégées (Membre Participant et le cas échéant le(s) Ayant(s) Droit :

- La date de prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle,
- La date de prise d'effet des différentes garanties,
- Le niveau des garanties,
- Le montant des cotisations ainsi que leurs échéances.

Le ou les courriers pourront éventuellement être transmis par voie électronique, si le Membre Participant en a donné son accord sur le bulletin d'adhésion.

La Mutuelle peut être amenée à recueillir des coordonnées téléphoniques d'un Membre Participant ou ayant droit.

En application de l'article L.223-1 du code de la Consommation, il est rappelé que la personne qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique (liste BLOCTEL) sur le site www.bloctel.gouv.fr

Article 7 - Garanties proposées au Membre Participant

I. Garantie « Frais de santé »

Lors de son adhésion à la Mutuelle, le Membre Participant adhère obligatoirement à la garantie frais de santé, dans les conditions prévues dans le présent Règlement Mutualiste.

II. Services

Lors de son adhésion à la Mutuelle, le Membre Participant, quelle que soit sa situation, bénéficie de garanties et services assurés par la mutuelle ou par d'autres organismes :

- Assurance scolaire,
- MGAS Assistance,
- Réseau de soins Santéclair.

Dans les conditions prévues dans le présent Règlement Mutualiste et ses annexes.

III. Action sociale

Lors de son adhésion à la Mutuelle, le Membre Participant, quelle que soit sa situation, peut bénéficier d'aides sociales dans les conditions d'attribution prévues à cet effet et décrites dans le présent Règlement Mutualiste.

Article 8 - Prise d'effet de l'adhésion

I. Prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle

La date de prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle est déterminée en fonction de la date de réception du bulletin d'adhésion signé et complet par la mutuelle. Elle peut être au 1^{er} jour du mois suivant la réception du dossier ou d'un mois postérieur.

Par dérogation, elle peut être le 1^{er} jour du mois en cours si le dossier est réceptionné par la Mutuelle avant le 15 du mois de sa date de début d'effet souhaitée.

II. Prise d'effet de la garantie « Frais de santé » et des services associés à la garantie santé

Sous réserve de la fourniture de tous les documents mentionnés à l'Article 5, la garantie « Frais de Santé » et les services associés prennent effet simultanément à l'adhésion à la mutuelle.

III. Prise d'effet de la garantie « Frais de santé » et des services associés à la garantie santé en cas d'ajout d'Ayant(s) Droit

Lors de l'ajout d'un Ayant Droit suite à mariage, concubinage, conclusion d'un PACS, l'ajout prendra effet au 1^{er} jour du mois de l'évènement si la déclaration a été faite dans le mois de l'évènement.

En cas de naissance ou d'adoption, l'ajout prendra effet le jour de la naissance, à condition que la demande d'adhésion intervienne dans un délai de 3 mois à compter de la naissance.

À défaut, la garantie prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande d'ajout à la mutuelle.

Article 9 - Durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion à la garantie « Frais de Santé » est valable pour une année civile, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre minuit.

Si l'adhésion est faite en cours d'année, la cotisation est alors proratisée au nombre de mois restants. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf résiliation par l'une des parties dans les conditions prévues aux Articles 11 et 12 du présent Règlement Mutualiste.

CHAPITRE 2 - Renonciation, résiliation, démission

Article 10 - Faculté de renonciation

À compter de la prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle ou à compter de la date de réception par le Membre Participant des conditions contractuelles et des informations mentionnées à l'Article L.221-18 du Code de la mutualité si cette réception est postérieure, le Membre Participant dispose d'un délai de trente jours calendaires (en ce inclus le délai de 14 jours en matière de démarchage ou de vente à distance) pour renoncer à son adhésion sans donner de motif ni supporter de pénalités

Le délai de renonciation expire trente jours à compter de la prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle ou à compter de la date de réception par le Membre Participant des conditions contractuelles et des informations mentionnées à l'article L.221-18 du Code de la mutualité si cette réception est postérieure.

Pour exercer son droit de renonciation, le Membre Participant doit notifier à la MGAS sa décision de renonciation au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté par lettre envoyée :

- Par voie postale à MGAS - TSA 30129 - 37206 Tours Cedex,
- Par e-mail à l'adresse relation.adherents@mgas.fr

Pour ce faire, le Membre Participant peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant :

« Je soussigné(e) (Nom Prénom), demeurant (Adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la MGAS (Numéro Adhérent) (Date et signature). »

Le Membre Participant peut également remplir et transmettre le modèle de formulaire de renonciation ou toute autre déclaration dénuée d'ambiguïté sur le site internet de la MGAS.

Si le Membre Participant utilise cette option, la Mutuelle lui enverra sans délai un accusé de réception de la renonciation sur un support durable (par exemple, par courriel).

Pour que le délai de renonciation soit respecté, il suffit que le Membre Participant transmette sa communication relative à l'exercice de son droit de renonciation avant l'expiration du délai de renonciation.

En cas de renonciation par le Membre Participant, la Mutuelle rembourse tous les paiements reçus du Membre Participant au plus tard trente jours à compter du jour où la Mutuelle est informée de la décision de renonciation du Membre Participant.

La Mutuelle procède au remboursement du Membre Participant en s'assurant qu'il n'occasionnera pas de frais pour ce dernier.

Si le Membre Participant a demandé à la Mutuelle le versement de prestations pendant le délai de renonciation de trente jours visé ci-dessus, le Membre Participant ne peut plus exercer sa faculté de renonciation puisqu'il a demandé expressément l'exécution de son contrat par la Mutuelle.

Article 11 - Résiliation par le Membre Participant

I. Résiliation à la date d'échéance annuelle

Conformément à l'Article L.221-10 du Code de la mutualité, le Membre Participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La demande prend effet le 1^{er} janvier à zéro heure de l'année suivante.

Selon les dispositions de l'Article L.221-10-1 du Code de la mutualité, la date limite d'exercice par le Membre Participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le Membre Participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction.

Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la Poste ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée le membre participant peut, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, mettre un terme à l'adhésion au règlement, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction.

La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date d'expédition de l'envoi recommandé électronique.

Le Membre Participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Le cas échéant, doit être remboursée au Membre Participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

À défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

II. Résiliation en cours d'adhésion

Chaque Membre Participant peut :

- Demander à ce qu'il soit mis fin à son adhésion à la Mutuelle s'il justifie d'une adhésion dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire (affiliation obligatoire dans le cadre d'une convention ou d'un accord collectif, ou à la suite de la ratification par la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par un chef d'entreprise ou par une décision unilatérale de l'employeur) et ce par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation prend alors effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception du justificatif.

- Demander à ce qu'il soit mis fin à son adhésion dans les conditions fixées à l'Article L.221-17 du Code de la mutualité.

La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation.

Les cotisations sont dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Article 12 - Résiliation par la Mutuelle

I. Non-paiement des cotisations

En application de l'Article L.221-7 du Code de la mutualité, le non-paiement des cotisations entraîne la suspension puis la résiliation des garanties.

Tout Membre Participant en situation d'impayés s'expose au paiement de frais de poursuite et de recouvrement en application de l'alinéa 4 de l'Article L.221-7 du Code de la mutualité.

À défaut de paiement par le Membre Participant d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, ses garanties peuvent être suspendues trente jours après la mise en demeure du Membre Participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension des garanties intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

À défaut de paiement, la Mutuelle a alors le droit de résilier ses garanties et de prononcer la radiation dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le Membre Participant est informé que le défaut de paiement peut entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets à midi le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement les frais de poursuite et de recouvrement.

II. Non-respect des conditions liées au champ de recrutement et résiliation pour modification du risque

La Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du Membre Participant lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement défini à l'Article 5-1 de ses Statuts ne sont plus remplies, et ce dans les conditions fixées à l'Article L.221-17 du Code de la mutualité. La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

La Mutuelle peut aussi mettre fin à l'adhésion d'un Membre Participant en cas de survenance d'un des évènements suivants si les risques en relation directe avec la situation antérieure ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle :

- changement de domicile,
- changement de situation matrimoniale,
- changement de régime matrimonial,
- changement de profession,
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation.

Les cotisations sont dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Article 13 - Retrait d'un Ayant Droit

Conformément à l'Article 6 des Statuts de la Mutuelle, le retrait des Ayants Droit peut intervenir à tout moment en cours d'année et prend effet le premier jour du deuxième mois suivant la date de réception du courrier du Membre Participant.

Dans le cas où un ayant droit peut justifier de son adhésion à un contrat collectif obligatoire, le retrait de l'ayant droit sur le contrat prend effet le premier jour du mois suivant la date de réception du justificatif de cette adhésion par la Mutuelle.

En tout état de cause, la cotisation est due jusqu'à la date de retrait effectif de l'Ayant Droit.

Le droit aux prestations cesse à la date de prise d'effet du retrait de l'ayant droit, sauf en ce qui concerne les prestations acquises avant la date d'effet de la résiliation des garanties.

Article 14 - Conséquences de la résiliation ou démission des garanties sur le droit à prestation

Le droit aux prestations cesse à la date de prise d'effet de la résiliation des garanties, sauf en ce qui concerne les prestations acquises avant la date d'effet de la résiliation des garanties.

CHAPITRE 3 - DISPOSITIONS LÉGALES

Article 15 - Fausses déclarations

I. Fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au Membre Participant par la MGAS 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 MGAS, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Membre Participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la MGAS qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, la MGAS n'est redevable d'aucune prestation en lien avec ledit sinistre.

II. Fausse déclaration non intentionnelle

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du Membre Participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du Règlement moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le Membre Participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au Membre Participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le Membre Participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 16 - Exclusion

Dans le respect des règles prévues par le Code de la mutualité et les statuts, le Membre Participant qui porte volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle peut en être exclu. La mise en œuvre de la procédure d'exclusion prévue aux statuts appartient au bureau de section, soit spontanément, soit sur renvoi du bureau national.

Article 17 - Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

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'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des Ayants Droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Article 18 - Prescription

Conformément à l'Article L.221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant des opérations de la Mutuelle, sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance (à l'exception de l'action concernant le recouvrement d'un indu par la Mutuelle qui est régie par une prescription de cinq ans).

Toutefois, ce délai ne court :

- **En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre Participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,**
- **En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action du Membre Participant, du bénéficiaire 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.**

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations sur la vie et de capitalisation, le bénéficiaire n'est pas le Membre Participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du Membre Participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du précédent paragraphe, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du Membre Participant.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription c'est à dire, soit la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, soit une demande en justice (même en référé), non suivie d'un désistement, d'une péremption d'instance ou d'un rejet des demandes aux termes d'une décision de justice définitive, soit un acte d'exécution forcée.

Pour la prescription biennale, conformément à l'Article L.221-12 du Code de la mutualité, la prescription peut aussi être interrompue par la désignation d'expert à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription biennale peut en outre résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par le bénéficiaire ou l'Ayant Droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement d'une indemnité, ou adressée par la Mutuelle au Membre Participant en ce qui concerne une action en paiement de la cotisation.

Article 19 - Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, la Mutuelle se doit de connaître au mieux ses Membre Participants, les ayants droit et les bénéficiaires dans le cas d'une assurance décès.

Elle est ainsi fondée, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux membres participants certaines informations complémentaires, telle que la justification de l'origine des fonds versés à la Mutuelle à titre de paiement de leurs cotisations lorsque notamment leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil.

Article 20 - Réclamations, Médiations

I. Réclamations

Pour être recevable, toute réclamation doit être adressée à la Mutuelle dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance aux coordonnées suivantes :

Par courrier :
MGAS - Réclamation
TSA 30129
37206 Tours Cedex,

Par e-mail : relation.adherents@mgas.fr

La Mutuelle s'engage :

- À accuser réception de toute réclamation dans un délai maximal de 10 jours ouvrés à compter de la réception de la réclamation,
- À apporter une réponse à une réclamation dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception de la réclamation.

II. Médiation

Le médiateur de la consommation dont relève la Mutuelle MGAS est le médiateur de la FNMF. Ce médiateur peut être saisi par courrier ou par mail aux coordonnées suivantes :

Par courrier :
Monsieur le médiateur de la Mutualité Française FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS cedex 15

Par e-mail : mediation@mutualite.fr

Un litige ne peut être examiné par le médiateur de la consommation lorsque :

- Le Membre Participant ou l'Ayant Droit ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle par une réclamation écrite,
- La demande est manifestement infondée ou abusive,
- Le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal,
- Le Membre Participant ou l'Ayant Droit a introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de la Mutuelle,
- Le litige n'entre pas dans le champ de compétence du médiateur de la consommation.

Une demande de médiation suspend la prescription en application des dispositions de l'Article 2238 du code Civil.

Article 21 - Loi et langue applicable - juridiction compétente

Les relations contractuelles établies entre les membres participants et la Mutuelle sont régies par la Loi française. Les garanties assurées par la Mutuelle sont régies par le Code de la mutualité. Les garanties présentées par la Mutuelle et assurées par d'autres organismes assureurs sont régies par la loi applicable auxdits organismes.

La langue française est la langue applicable au présent Règlement Mutualiste qui, en cas de difficultés d'interprétation ou de traduction, prévaudra sur toutes autres langues.

En cas de litige avec la Mutuelle, sont exclusivement compétents les tribunaux civils (en fonction de l'importance du litige, soit le tribunal d'instance, soit le tribunal de grande instance).

Article 22 - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

Conformément au Code de la mutualité, la MGAS est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

Article 23 - Protection des données personnelles

I. Le responsable du traitement

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées par la MGAS, qui est responsable de traitement. La MGAS est une mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro 784 301 475. 96 avenue de Suffren, 75730 Paris 15.

II. Collecte des données

Lors de la collecte de données personnelles la MGAS, en tant que responsable de traitement et conformément à la réglementation en vigueur a un devoir d'information concernant :

- La nature des données collectées
- Les finalités de traitement de ces données, les destinataires ou catégories de destinataires de ces données
- La durée de conservation des données collectées
- Les droits des personnes en matière de données personnelles
- L'exercice de ces droits

III. Nature des données collectées

Les données personnelles susceptibles d'être collectées et traitées par la MGAS sont les suivantes :

- Informations d'identification : nom, prénom, état civil, date et lieu de naissance
- Coordonnées : adresse postale, e-mail, numéro de téléphone
- Informations professionnelles et personnelles : employeur, situation familiale et professionnelle,
- Informations financières ,bancaires, fiscales : RIB, ressources
- Enregistrements téléphoniques et électroniques : enregistrement et archivage des appels téléphoniques et échanges de mails avec nos agents et/ou centres d'appel

Certaines données personnelles collectées sont caractérisées comme « sensible » par la réglementation. Elle concerne uniquement les adhérents et leurs ayants-droits :

- Informations d'identification : Numéro de sécurité sociale (NIR)
- Information de santé : conditions physique, mentale ou médicale, prestations de santé perçues, date et survenance des arrêts de travail, d'un décès.

IV. Les finalités de traitement des données personnelles et les destinataires

Les données précédemment citées sont utilisées aux fins suivantes :

- Dans le cadre de notre relation contractuelle (assurance(s), action sociale): gestion de vos contrats, de vos sinistres, de vos cotisations
- Pour vous contacter concernant nos offres, notre actualité et nos services : prospection commerciale, offres promotionnelles, nouveaux produits, revue d'information sur la mutuelle, prévention
- Etude de besoins et de satisfaction : enquêtes de suivi et d'amélioration des services, produits qui vous sont proposés
- Intérêts légitimes : Etudes tarifaires, études actuarielles, cadre légal et réglementaire (lutte antiblanchiment, article 1649 AC code général des impôts, Agira, Ficovie, DSN, Caisse des Dépôts et Consignation...), gestion comptable, contrôle interne, définition des provisions...
- Interaction avec des tiers : outil de gestion des liquidations de vos prestations, votre réseau de soins, les distributeurs d'assurance, , nos réassureurs/coassureurs, nos différents partenaires (fournisseurs de couvertures d'assurance , prestataires de services, sous-traitants...), organismes publics ou

privés chargé d'une mission de service public : Sécurité Sociale, Finances publiques, Caisse des Dépôts et Consignations...

Comme le veut la réglementation, la MGAS s'engage à limiter au strict nécessaire la transmission des données personnelles qu'elle détient auprès des tiers. Par ailleurs aucune donnée personnelle n'est transférée par la MGAS hors de l'Union Européenne ni par un tiers (selon la connaissance de la MGAS).

V. Durée de conservation des données personnelles

Les informations personnelles recueillies sont conservées par la Mutuelle pendant une durée correspondant à la durée du contrat augmentée de la durée de la prescription.

VI. Vos droits

Droit d'accès : Il s'agit de votre droit à accéder à l'ensemble des données personnelles détenues par la MGAS vous concernant.

Droit de rectification : Il s'agit de votre droit à, selon les cas, rectifier, compléter, mettre à jour ou supprimer les données personnelles détenues par la MGAS vous concernant.

Droit d'opposition : Il s'agit de votre droit à vous opposer, pour des motifs légitimes, au traitement de vos données personnelles, sauf si celui-ci répond à une obligation légale. Il concerne également votre droit de vous opposer à la réutilisation de vos coordonnées à des fins de sollicitations, notamment commerciales.

Droit à l'effacement : Il s'agit de votre droit à obtenir la suppression de vos données personnelles sauf si celles-ci répondent à une obligation légale.

Droit à la limitation : Il s'agit de votre droit de blocage des traitements de vos données personnelles. Il s'applique dans le cas où vous contesteriez l'exactitude des données détenues par la MGAS et vient en complément de vos autres droits (rectification, opposition...)

Droit à la portabilité : Il s'agit de votre droit à disposer de vos données personnelles dans un format ouvert et lisible informatiquement.

Vous avez également le droit de définir des directives concernant la conservation, l'effacement et la communication de vos données personnelles après votre décès.

VII. Comment exercer vos droits ?

Vous pouvez demander l'exercice de ces droits, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, auprès de la MGAS selon les modalités suivantes :

Par courrier : MGAS, Délégué à la protection des données – 96 avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex

Par e-mail : dpo@mgas.fr

Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (adresse postale : CNIL 3 place de Fontenoy – TSA 80715- 75334 Paris cedex 07 – téléservice de plainte en ligne : <https://www.cnil.fr/fr/plaintes>) en matière de protection des données personnelles si vous considérez que le traitement de vos données à caractère personnel constitue une violation des dispositions légales.

TITRE II - LA GARANTIE « FRAIS DE SANTÉ »

Article 24 - Définition

La garantie « Frais de Santé » a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au Membre Participant et éventuellement à ses Ayants Droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie, ou au premier euro pour les actes non remboursés par la Sécurité sociale.

I. Les formules de la garantie « Frais de santé »

Dans la gamme qui leur est proposé, les Membres Participants ont le choix entre différentes formules adaptées à leurs attentes et à leurs besoins en matière de couverture de « Frais de Santé ».

Les Membres Participants bénéficient des prestations de la formule à laquelle ils ont adhéré.

Les tableaux des garanties en vigueur sont reproduits en annexe du présent Règlement Mutualiste.

II. Modification de la formule choisie

La demande de changement de formule vers une formule inférieure ou supérieure doit être adressée à la Mutuelle, par lettre au plus tard le 31 octobre de chaque année et prend effet à la date d'échéance annuelle de l'adhésion, soit le 1^{er} janvier de l'année suivante sauf pour les cas prévus à l'article 221-17 du Code de la Mutualité.

Article 25 - Objet des prestations

La Mutuelle s'engage à rembourser dans la limite des pourcentages et des montants fixés par la formule de la garantie « Frais de Santé » à laquelle a adhéré le Membre Participant :

- La part des frais de santé non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire,
- Les frais de santé exclus des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les garanties sont soit exprimées en pourcentage, soit en euros. Les garanties exprimées en fonction des tarifs de l'Assurance Maladie Obligatoire sont calculés en fonction de la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Les Bases de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire reprises dans le présent Règlement Mutualiste ont une valeur indicative et sont données pour information.

Article 26 - Bénéficiaires des prestations

I. Membre Participant

Le Membre Participant bénéficie de la garantie santé à laquelle il a adhéré. Le Membre Participant peut faire bénéficier de la seule garantie « Frais de Santé » ses ayants droit définis à l'Article 4 du présent Règlement Mutualiste.

II. Ayant Droit

Les Ayants Droit définis à l'Article 4 du présent Règlement Mutualiste, bénéficient de la garantie « Frais de Santé » choisie par le Membre Participant auquel ils sont rattachés.

Article 27 - Caractère solidaire et responsable des formules de la garantie « Frais de Santé »

Toutes les formules de garanties des gammes proposées par la Mutuelle sont détaillées dans les annexes du présent règlement mutualiste. Elles sont toutes solidaires.

Les formules de garanties de la gamme SMS (salarié du médico-social), EHPAD, OSKI, Pourpre, Solaé EHPAD, C Class sont responsables.

Les formules de garanties de la gamme EMS et de la gamme DOMPRO ne sont pas responsables.

I. Solidaires

La loi qualifie une garantie santé de solidaire lorsque la Mutuelle ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts et, pour les adhésions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

II. Responsables

En application des dispositions des articles L.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale, le montant des prestations prises en charge par le Contrat inclut au minimum :

- **La prise en charge intégrale de la participation des assurés mentionnée à l'Article R.160-5 y compris les actes de prévention (cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article),**
- **La prise en charge intégrale, et sans limitation de durée, du forfait journalier hospitalier.**

Conformément à ces mêmes dispositions du code de la Sécurité sociale, en cas de prise en charge par le règlement, le montant des prestations, pour les postes suivants, ne sera pas inférieur aux minimas ni supérieur aux maximas fixés par l'Article R.871-2 du code de la Sécurité sociale pour :

- **Les honoraires et actes des médecins n'ayant pas adhéré à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO),**
- **Les frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel.**

En application des dispositions des articles L.871-1 et R.871-1 du code de la Sécurité sociale, sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- **La participation forfaitaire et les franchises respectivement mentionnées au II et III de l'Article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale,**
- **La majoration de la participation mise à la charge des bénéficiaires par l'Assurance Maladie obligatoire visée à l'Article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire en l'absence de désignation, de leur part, d'un médecin traitant ou en consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant, sauf lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que le médecin traitant, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'Ayant Droit âgé de 16 ans ou plus),**
- **La prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'Article L.162-5 du code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour des patients qui consultent des médecins relevant de certaines spécialités sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins),**
- **Tout autre dépassement d'honoraires, prestation ou majoration dont la prise en charge serait exclue par la législation en vigueur.**

Il est à noter que le montant des prestations servies par le régime obligatoire pourra varier si le Membre Participant ne respecte pas le parcours de soins coordonnés.

La Mutuelle pratique le tiers payant dans les conditions de l'Article L.871-1 du code de la Sécurité sociale.

Les remboursements en optique s'effectuent dans la limite des planchers et des plafonds prévus à l'Article R.871-2 du code de la Sécurité sociale en fonction des corrections visuelles.

Les garanties comprennent la prise en charge d'un seul équipement d'optique médicale tous les deux ans (équipement d'optique médicale composé de deux verres et d'une monture), sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (un équipement par an et par bénéficiaire).

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'Article R.165-1 du code de la Sécurité sociale.

Ce délai de deux ans s'apprécie à compter de la date d'achat de l'équipement pour l'assuré concerné.

La Mutuelle communique annuellement aux Membres Participants le montant et la composition de ses frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Article 28 - Tableau des garanties

Les tableaux des garanties des gammes sont reproduits en annexe du présent Règlement Mutualiste.

Article 29 - Tiers payant

En principe, les prestations sont réglées aux membres participants après acquittement par eux des dépenses engagées.

Afin de faciliter l'accès aux soins, et afin de respecter les dispositions de l'Article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, la Mutuelle pratique le tiers payant au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et a signé directement ou indirectement, des conventions de tiers payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé.

Dans ce cas, le Membre Participant n'a pas à faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par la Mutuelle pour les soins qu'ils ont dispensés ou produits qu'ils ont délivrés au Membre Participant ou à ses Ayants Droit. Toutefois, si après avoir payé le professionnel de santé ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les garanties étaient suspendues ou résiliées, le Membre Participant est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte.

Article 30 - Limite 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 Membre Participant et de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit et avant la prise en charge instaurée par l'Article L.861-3 du code de la Sécurité sociale.

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.

Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'entre eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge du Membre Participant et de ses ayants droit, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul.

Article 31 - Modalités de remboursement des prestations

Pour obtenir le règlement des prestations le Membre Participant doit faire parvenir à la Mutuelle les justificatifs des dépenses au titre de soins couverts ou de produits ou de dispositifs médicaux remboursés par la Mutuelle dans les cas suivants :

- Le bénéficiaire des soins n'a pas bénéficié de la dispense d'avance des frais (procédure de tiers payant),
- La télétransmission informatique des prestations santé par le régime obligatoire vers la MGAS n'a pas été réalisée alors que les soins dispensés, les produits ou les dispositifs médicaux délivrés sont remboursés par le régime obligatoire,
- Les soins dispensés, les produits ou les dispositifs médicaux délivrés ne sont pas remboursés par le régime obligatoire.

Pour les soins, les produits ou les dispositifs médicaux remboursés par le régime obligatoire, les justificatifs des dépenses sont les suivants :

- Les originaux des décomptes des prestations du régime obligatoire dans le cas où la télétransmission informatique des prestations santé par le régime obligatoire vers la MGAS n'a pas été réalisée,
- Les originaux des factures des établissements hospitaliers ou des cliniques et les notes d'honoraires des praticiens hospitaliers (chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens, ...).

Pour les soins, les produits ou les dispositifs médicaux non remboursés par le régime obligatoire, les justificatifs des dépenses sont les factures des professionnels de santé ou des établissements de soins indiquant obligatoirement :

- Le numéro du professionnel de santé (numéro Adeli, RPPS) ou de l'établissement de soins (numéro de Finess),
- Le code CCAM (classification commune des actes médicaux) et/ou NGAP (nomenclature générale des actes professionnels),
- L'identité du bénéficiaire,
- La date de soins ou de délivrance des produits,
- La prescription médicale le cas échéant (en particulier pour les factures de produits et dispositifs médicaux lorsque les coordonnées du prescripteur et la date de prescription n'apparaissent pas sur la facture).

Lorsque la MGAS intervient en complément d'un autre contrat d'assurance maladie complémentaire, les justificatifs des dépenses sont les originaux des décomptes de prestations au titre du ou des premiers contrats d'assurance maladie complémentaire.

Concernant les soins effectués ou les produits délivrés à l'étranger, les factures des professionnels de santé détaillant les dépenses doivent être fournies dans tous les cas. Une copie de ces factures doit être fournie à la MGAS lorsque les soins ou les produits bénéficient d'un remboursement du régime obligatoire. L'original des factures doit être fourni dans le cas contraire.

Article 32 - Versement des prestations

En principe, les prestations sont versées directement au Membre Participant.

Un ayant droit peut percevoir ses prestations sur son compte bancaire ou sur le compte de son choix. La demande doit en être faite auprès de la Mutuelle par le membre participant pour les ayants droit qui ne sont pas assurés sociaux à titre personnel.

Article 33 - Droits de la mutuelle au contrôle

Que les remboursements des prestations aient été effectués ou non, que les dépenses aient été effectuées avec dispense d'avance de frais ou non, la MGAS se réserve le droit de demander tout justificatif au bénéficiaire des soins :

- Pour effectuer le paiement des prestations,
- Pour contrôler les dépenses engagées,
- Pour contrôler la conformité des soins à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM).

La MGAS se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un professionnel de santé, de son choix et dûment habilité, toute personne qui demande à bénéficier d'un remboursement pour des soins, des produits ou des dispositifs médicaux au titre de sa garantie

En cas de refus de fournir les justificatifs demandés pour une prestation, la MGAS pourra refuser le droit au remboursement de cette dernière ou si elle a déjà été réglée elle pourra en exiger le remboursement.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires des garanties.

Article 34 - Prestations indûment versées

En cas de prestations versées indûment à un Membre Participant ou à un ayant droit, ou en cas d'utilisation du tiers payant par la présentation d'une carte de tiers payant par un Membre Participant postérieurement à la suspension de ses garanties ou à sa radiation entraînant le versement de prestations indues à un professionnel de santé, la Mutuelle se réserve le droit de réclamer au Membre Participant le remboursement de toutes prestations indues, et d'engager tous les moyens juridiques nécessaires pour contraindre le bénéficiaire à ce remboursement.

Article 35 - Déchéance des droits à prestations en cas de fraude

Le Membre Participant qui effectue une déclaration avec une intention frauduleuse à l'occasion d'une demande de versement de prestations est sanctionné par la déchéance de tous ses droits à prestations pour le sinistre en cause, et ce sans préjudice des mesures prévues à l'article 8 des Statuts de la Mutuelle.

Article 36 - Exclusion de garanties

Les actes non pris en charge par le régime obligatoire et les actes antérieurs à la prise d'effet de l'adhésion ne donnent droit à aucun remboursement, à l'exception toutefois de certains actes, dans la limite des prestations expressément définies pour chaque garantie selon les tableaux définis en annexe du présent Règlement Mutualiste.

Les soins de toutes natures (notamment les séjours en établissements hospitaliers ou cliniques, les traitements d'orthodontie et les prothèses dentaires) dont les dates de début d'exécution se situent avant la date de prise d'effet de la garantie de la Mutuelle, ne peuvent donner lieu à intervention et prise en charge par celle-ci.

Article 37 - Cessation des garanties

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion (et pour un ayant droit à la date d'effet de son retrait).

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation des droits du bénéficiaire sur le contrat, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient réunies antérieurement à cette résiliation.

Article 38 - Risques couverts à l'étranger

Les soins effectués ou les produits délivrés à l'étranger sont remboursés aux mêmes conditions que s'ils avaient été effectués ou délivrés sur le territoire français dans la mesure où la Mutuelle peut procéder à la reconstitution des prestations effectuées ou des produits délivrés.

Lorsqu'il s'agit d'un accident, la Mutuelle participe à la couverture des risques frais de santé dans les mêmes conditions, dans le respect des dispositions relatives à la subrogation.

TITRE III - COTISATIONS

Article 39 - Fixation et modalités de paiement des cotisations

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation dite « cotisation mutualiste » en contrepartie des différentes garanties auxquelles ils ont adhéré, augmentées des taxes et autres prélèvements fiscaux et sociaux applicables.

Les cotisations incluent l'ensemble des taxes, et des frais de gestion et d'acquisition (y compris la rémunération fixe et variable des salariés de la Mutuelle prenant part à la distribution d'un règlement ou d'un contrat collectif).

Les montants des cotisations sont fixés par l'Assemblée Générale de la Mutuelle, ou par le conseil d'administration conformément à l'article L.114-11 du Code de la mutualité.

La cotisation mutualiste est annuelle, elle est payable par avance à échéance annuelle par le Membre Participant.

Elle peut toutefois être fractionnée : trimestriellement, semestriellement ou mensuellement. Le fractionnement est une facilité de paiement accordée gratuitement au Membre Participant ou à la personne chargée du paiement.

La cotisation est payable d'avance, par chèque, virement ou prélèvement bancaire, dans les 15 premiers jours de chaque périodicité suivante :

- Mensuelle,
- Trimestrielle,
- Semestrielle,
- Annuelle.

Article 40 - Calcul des cotisations frais de santé

Les cotisations afférentes à la garantie « frais de santé » des Membres Participants sont établies en prenant en compte :

- L'âge du Membre Participant,
- Si la gamme le prévoit, le régime local de Sécurité social dont bénéficie le Membre Participant ou son Ayant droit,
- Et le niveau de garantie de la gamme.

Article 41 - Cotisations des ayants droit

Les cotisations des ayants droit sont établies en prenant compte de la formule choisie par le Membre Participant et en fonction de l'âge de l'ayant droit.

La gratuité s'applique au-delà du 2ème enfant de moins de 20 ans inscrit comme ayant droit mutualiste.

Conformément à l'article 4.2 du présent Règlement Mutualiste, l'enfant âgé de plus de 28 ans perd la qualité d'Ayant Droit et doit faire une demande d'adhésion à la Mutuelle en qualité de Membre Participant.

Si aucune demande n'est effectuée auprès des services de la Mutuelle, l'enfant conserve son statut d'Ayant droit et le montant de cotisations du au titre de la garantie frais de santé sera identique à celle du Membre Participant du contrat auquel il est rattaché. Ce changement de cotisation prend effet au 1er jour du 29ème anniversaire de l'enfant.

Article 42 - Modification de la situation familiale

Pour être recevables, toutes les modifications de la situation familiale doivent être notifiées à la Mutuelle par courrier postal ou électronique.

Les membres participants doivent notifier les modifications qui surviennent dans leur situation ou celles de leurs ayants droit, dans un délai de trois mois à compter de l'événement accompagné des justificatifs mentionnés ci-dessous (listes non exhaustives).

Les modifications prennent alors effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de survenue de l'événement.

Passé le délai de trois mois à compter de la date de survenance de l'événement, la prise d'effet de la modification intervient le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception des documents justificatifs par la Mutuelle.

Dans ce cas, le Membre Participant ne pourra prétendre ni au paiement des prestations, ni au remboursement des cotisations qu'il aurait payées indûment.

En cas de modification de la situation familiale et en fonction de l'événement, des justificatifs sont à transmettre à la MGAS :

- Mariage (copie de l'acte de mariage), pacte civil de solidarité (copie de la fiche d'information relative à l'enregistrement de la déclaration de Pacs), concubinage (attestation de concubinage ou déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins),
- Naissance (copie de l'acte de naissance), adoption (copie du jugement d'adoption),
- Séparation de corps (copie du jugement de séparation de corps),
- Divorce (copie du jugement de divorce),
- Décès (copie de l'acte de décès adressé par les ayants droit).

Article 43 - Révision de la cotisation

En vertu des dispositions de l'article 18 des Statuts de la Mutuelle, le conseil d'administration peut aménager les cotisations en cours d'année dans l'éventualité où des modifications substantielles du régime de l'Assurance Maladie interviendraient ou en fonction des résultats enregistrés concernant une garantie assurée par la Mutuelle.

Les cotisations fixées pour les différentes garanties pourront également être aménagées en cas de modification des taxes et autres prélèvements fiscaux et sociaux applicables.

TITRE V - ACTION SOCIALE, PRÉVENTION ET SERVICES

CHAPITRE 1 - Action sociale et prévention

Article 44 - Action sociale

La MGAS dispose d'une commission d'action sociale qui anime sa politique d'action sociale. Les allocations suivantes sont accordées dans la limite des crédits ouverts à cet effet, chaque année, par l'Assemblée Générale.

I. Allocation exceptionnelle d'entraide

Les allocations exceptionnelles d'entraide sont attribuées par la commission d'action sociale, aux membres participants et à leurs familles pour des besoins urgents à caractère familial ou social, à partir d'un fonds, dont le montant est déterminé annuellement par l'Assemblée Générale.

Il en est de même lorsqu'un membre de la famille du Membre Participant, inscrit à la Mutuelle, est atteint d'un handicap constaté.

Pour bénéficier de cette allocation, le Membre Participant doit être adhérent à la Mutuelle depuis au moins douze mois, à la date de la demande.

Les demandes d'allocation exceptionnelle d'entraide sont présentées sur un formulaire spécial disponible dans chaque bureau de section.

Elles sont obligatoirement transmises par le Président de la section qui joint un avis motivé du bureau de section.

Tous documents pouvant éclairer la commission ou le bureau de section sur le cas qu'il convient de secourir doivent être joints à la demande.

La section travaille en concertation avec le service social du personnel de l'employeur public.

II. Allocation en cas de naissance ou adoption

Une allocation peut être versée à l'occasion de la naissance ou de l'adoption plénière d'un enfant, à la condition qu'il soit inscrit à la Mutuelle en qualité d'ayant droit.

Pour bénéficier de cette allocation, le Membre Participant doit être adhérent à la Mutuelle depuis au moins dix mois, à la date de la naissance.

La demande doit être accompagnée de la production d'un bulletin de naissance ou de toute autre pièce d'état civil équivalente. Elle doit, en tout état de cause, être faite à la Mutuelle dans un délai d'un an à compter de la date de la naissance ou de l'adoption plénière. Le montant de l'allocation est fixé à 155 €.

III. Allocation orphelin

Lors du décès d'un Membre Participant ou de son conjoint, une allocation d'orphelin peut être versée par la Mutuelle.

En cas de décès simultané du Membre Participant et de son conjoint inscrits à la MGAS, il est versé deux allocations par enfant à charge. Cette allocation est attribuée à la personne assumant effectivement la charge des enfants, sur présentation de pièces justificatives.

IV. Micro-prêts

Dans le cadre d'un partenariat, la MGAS propose à ses membres participants :

- Des micro-prêts santé, réservés au financement de frais de santé. Ils peuvent être adossés à une allocation exceptionnelle d'entraide,
- Des micro-prêts sociaux, destinés à apporter une solution de trésorerie permettant de financer des projets de vie dans un cadre social,
- Des prêts de première installation, réservés au financement d'une caution locative, le dépôt de garantie, des frais de déménagement, etc.

CHAPITRE 2 - Services

Article 45 - Assurance scolaire

La Mutuelle a souscrit, au profit des enfants ayants droit du Membre Participant, un contrat d'assurance scolaire / étudiante auprès de La Sauvegarde ayant pour objet de couvrir les risques suivants, selon les conditions prévues par la notice d'information établie par La Sauvegarde :

- Une individuelle accident,
- Les conséquences de la responsabilité civile,
- Des dommages aux biens,
- Une défense pénale et recours.

Le montant de la cotisation afférente est inclus dans le montant de la cotisation de la garantie frais de santé. La notice d'information du contrat est reproduite en annexe du présent Règlement Mutualiste.

Article 46 - MGAS Assistance

La Mutuelle a souscrit au profit de ses membres participants et de membres de leur famille définis à la notice d'information, un contrat d'assistance auprès d'IMA Assurances ayant pour objet de leur garantir, dans les conditions prévues par la notice d'information établie par IMA Assurances, différentes prestations d'assistance à domicile. Sont obligatoirement couverts par ce contrat tous les membres participants qui bénéficient d'une formule de la garantie frais de santé. Le montant de la cotisation afférente à l'Assistance à domicile est inclus dans la cotisation afférente à la garantie frais de santé. Les conditions MGAS Assistance sont définies en annexe du présent Règlement Mutualiste.

Article 47 - Caution solidaire

Dans le cadre de son action en faveur du logement, la Mutuelle fait bénéficier ses membres participants d'une convention d'assurance collective signée auprès de MFPrécaution. L'objet de la convention est d'accorder la caution de MFPrécaution à des établissements de crédit en couverture du remboursement des prêts contractés par les membres participants de la MGAS. Ce service est proposé gratuitement afin de faciliter les projets d'acquisition de l'habitation principale, ou secondaire sous certaines conditions. De plus, les membres participants bénéficient dans ce cadre d'une d'assurance obligatoire en cas de décès, incapacité, invalidité et chômage.

Article 48 - Réseau de soins Santéclair

La Mutuelle fait bénéficier ses membres participants du réseau de soins de qualité et de tarifs maîtrisés Santéclair auprès d'un ensemble de professionnels de Santé dont:

- Opticiens,
- Chirurgiens-dentistes,
- Audioprothésistes,
- Diététiciens,...

Santéclair propose également un service d'analyse de devis et de conseils pour les dépenses d'optiques, dentaires audioprothèses et honoraires chirurgicaux.

Des applications internet sont également disponibles sur l'espace Adhérent sécurisé du site internet de la MGAS :

- Géolocalisation des professionnels de Santé partenaires,
- Conseils sur l'automédication.

Annexe 1 - Obligations d'information précontractuelle - Vente à distance

(Article L.222-5 du code de la Consommation et Article L.221-18 du Code de la mutualité)

Identité de la Mutuelle

Dénomination sociale : Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS)

Siège social : 96 avenue de Suffren, 75730 Paris 15ème

Numéro d'immatriculation SIREN : 784 301 475

Numéro de téléphone : 01 44 10 55 55 (du lundi au vendredi de 8h30 à 17h00)

Adresse électronique : relation.adherents@mgas.fr

Coordonnées de l'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

Modalités d'adhésion à la Mutuelle

Toute demande d'adhésion à la Mutuelle doit respecter les conditions et modalités décrites au Règlement Mutualiste remis à tout prospect préalablement à sa signature d'un bulletin d'adhésion.

Garanties et exclusions

Les garanties pouvant être accordées par la Mutuelle sont décrites au Règlement Mutualiste remis à tout prospect préalablement à sa signature d'un bulletin d'adhésion. Figurent aussi à ce Règlement Mutualiste les exclusions de garanties applicables à chaque garantie.

Prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle

La date de prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle est le 1^{er} jour du mois en cours si le bulletin d'adhésion est reçu avant le 15 du mois, ou le 1^{er} jour d'un mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle ou d'un mois postérieur selon le souhait du Membre Participant.

La date de prise d'effet de chacune des garanties est précisée au Règlement Mutualiste remis à tout prospect préalablement à la signature d'un bulletin d'adhésion.

Durée de l'adhésion à la Mutuelle

L'adhésion à la Mutuelle est valable pour une année civile, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre minuit.

Si l'adhésion est faite en cours d'année, la cotisation est alors proratisée au nombre de mois restants.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale.

Conditions de démission

La démission de la Mutuelle est donnée par courrier recommandé ou un envoi recommandé électronique A la Mutuelle et prend effet le 1er janvier suivant à condition que la demande soit reçue au siège de la Mutuelle au moins deux mois avant cette date.

Droit de renonciation

Toute personne ayant demandé son adhésion à la Mutuelle peut y renoncer pendant un délai de trente jours calendaires (en ce inclus le délai de 14 jours en matière de démarchage ou de vente à distance).

Les modalités de ce droit à renonciation sont incluses au Règlement Mutualiste remis à tout prospect préalablement à sa signature d'un bulletin d'adhésion.

Modèle de formulaire de renonciation

La Mutuelle met à disposition un modèle de formulaire de renonciation :

« Je soussigné(e) (Nom Prénom) demeurant (Adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la MGAS (Numéro adhérent) (Date et signature). »

Pour que le délai de renonciation soit respecté, il suffit que le Membre Participant transmette sa communication relative à l'exercice de son droit de renonciation avant l'expiration du délai de renonciation.

La demande de renonciation est à adresser :

- Par voie postale à MGAS - TSA 30129- 37206 Tours Cedex,
- Par e-mail à l'adresse relation.adherents@mgas.fr.

Il est également possible de transmettre cette demande sur le site internet de Mutuelle Europe.

Lorsqu'une demande de prestations a été formulée pendant le délai de renonciation, il n'est plus possible d'user de la faculté de renonciation et la cotisation est due en intégralité.

Base de calcul de la cotisation

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction des garanties souscrites, de l'âge et si la garantie le prévoit, du régime local de Sécurité sociale dont bénéficie le Membre Participant ou son Ayant droit. Il inclut la Taxe de Solidarité Additionnelle. Une adhésion dématérialisée n'amène aucun frais supplémentaire. Les cotisations incluent l'ensemble des taxes, et des frais de gestion et

d'acquisition (y compris la rémunération fixe et variable des salariés de la Mutuelle prenant part à la distribution)

Modalités de paiement des cotisations

La cotisation est annuelle.

La cotisation est payable d'avance, et elle peut aussi être fractionnée mensuellement, trimestriellement, semestriellement.

L'adhérent peut s'acquitter de sa cotisation par chèque bancaire, virement ou prélèvement.

Traitement des réclamations

Pour être recevable, toute réclamation doit être adressée à la Mutuelle dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance aux coordonnées suivantes :

Par courrier :

MGAS - Réclamation
TSA 30129
37206 Tours Cedex,

Par e-mail :

relation.adherents@mgas.fr

La Mutuelle s'engage :

- À accuser réception de toute réclamation dans un délai maximal de 10 jours ouvrés à compter de la réception de la réclamation,
- À apporter une réponse à une réclamation dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception de la réclamation.

Médiateur de la consommation

Le médiateur de la consommation dont relève la Mutuelle MGAS est le médiateur de la FNMF. Ce médiateur peut être saisi par courrier ou par mail aux coordonnées suivantes :

Par courrier :

Monsieur le médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS cedex 15

Par mail :

mediation@mutualite.fr

Un litige ne peut être examiné par le médiateur de la consommation lorsque :

- Le Membre Participant ou l'Ayant Droit ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle par une réclamation écrite,
- La demande est manifestement infondée ou abusive,
- Le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal,
- Le Membre Participant ou l'Ayant Droit a introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de la Mutuelle,
- Le litige n'entre pas dans le champ de compétence du médiateur de la consommation.

Une demande de médiation suspend la prescription en application des dispositions de l'Article 2238 du code Civil.

Loi applicable

Les garanties assurées par la Mutuelle sont régies par la loi française et spécifiquement par le Code de la mutualité.

Langue applicable

La langue applicable est la langue française.

Juridiction compétente

En cas de litige avec la Mutuelle, sont exclusivement compétents les tribunaux civils (en fonction de l'importance du litige : soit le tribunal d'instance, soit le tribunal de grande instance). Les informations mentionnées à la présente annexe sont valables à la date de rédaction du présent Règlement Mutualiste.

Annexe 2 - Statuts de l'Association MGAS Protection

CHAPITRE 3 - Forme, dénomination, objet, siège social, durée

Article 1 - Formation - Dénomination

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts une Association à but non lucratif régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, ayant pour dénomination sociale : MGAS PROTECTION.

Article 2 - Objet

L'Association a pour objet de permettre à ses membres adhérents, personnes physiques, de bénéficier de garanties contre les risques décès ou portant atteinte à l'intégrité physique de l'adhérent ou liés à la maternité ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, et ce notamment par la conclusion de contrat(s) d'assurance auprès d'organismes assureurs tels que définis à l'article 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989. L'Association pourra entreprendre toutes actions se rapportant à son objet social.

Article 3 - Siège social

Le siège social est fixé 96 avenue de Suffren – 75730 PARIS Cedex 15.

Il pourra être transféré par simple décision du Président de l'Association.

Article 4 - Durée de l'Association

La durée de l'Association est illimitée.

Article 5 - Exercice social

L'exercice social de l'Association commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre de chaque année. Le premier exercice social de l'Association commencera à la date de sa publication au journal officiel et se terminera le 31 décembre 2015.

CHAPITRE 4 - Membres

Article 6 - Membres - Catégories

L'Association se compose de membre(s) fondateur(s) et de membre(s) adhérent(s).

Article 6-1 Membre(s) fondateur(s)

Est membre fondateur : la Mutuelle MGAS Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 784 301 475, siège social 96 avenue de Suffren – 75730 PARIS Cedex 15.

Le ou les membre(s) statutaire(s) fondateur(s) peuvent décider à l'unanimité d'admettre un ou plusieurs nouveaux membres statutaires dans la catégorie des fondateurs.

Seules peuvent acquérir la qualité de membre fondateur une Mutuelle ou une union relevant du Code de la mutualité.

Tout membre fondateur s'engage à verser annuellement à l'Association une cotisation telle que déterminée par le bureau de l'Association.

Article 6-2 Membre(s) adhérent(s)

Est considérée comme « membre adhérent » la personne physique qui adhère à l'Association en vue de pouvoir bénéficier de garanties contre les risques décès ou portant atteinte à l'intégrité physique de l'adhérent ou liés à la maternité ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, et ce notamment par la conclusion de contrat(s) d'assurance auprès d'organismes assureurs tels que définis à l'article 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Pour être membre adhérent de l'Association, il faut être Membre Participant de la Mutuelle MGAS. Le membre adhérent ne verse pas de cotisation à l'Association.

Article 7 - Membres - Radiations

Article 7-1 Membre fondateur

La qualité de membre fondateur se perd :

- Du fait de la démission notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au Président de l'Association. Cette démission prend effet à compter de la réception par ce dernier de la lettre.
- Du fait de l'exclusion prononcée par le bureau de l'Association en cas d'infraction aux présents statuts, de non-paiement de la cotisation ou de faute grave commise par le membre fondateur,

- Du fait de la dissolution pour quelque cause que ce soit pour une personne morale.
- Avant toute décision d'exclusion, le membre concerné est invité au préalable à fournir des explications au bureau.

L'exclusion prend effet à la date fixée par le bureau, sans que celui-ci soit tenu de respecter obligatoirement un préavis.

Article 7-2 Membre adhérent

La qualité de membre adhérent se perd :

- Du fait de la démission notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au Président de l'Association. Cette démission prend effet à compter de la réception par ce dernier de la lettre,
- Du fait de la perte de la qualité de Membre Participant de la Mutuelle MGAS,
- Du fait de l'exclusion prononcée par le bureau de l'Association en cas d'infraction aux présents statuts ou de faute grave commise par le membre adhérent,
- Du fait du décès pour une personne physique.

Avant toute décision d'exclusion, le membre concerné est invité au préalable à fournir des explications au bureau.

L'exclusion prend effet à la date fixée par le bureau, sans que celui-ci soit tenu de respecter obligatoirement un préavis.

CHAPITRE 5 - Assemblée Générale

Article 8 - Election des délégués

L'Assemblée Générale comprend tous les membres de l'Association représentés par des délégués élus par les membres de l'Association pour les représenter.

Un délégué est élu pour représenter les membres fondateurs.

Des délégués sont élus pour représenter les membres adhérents selon les dispositions suivantes :

- Ces délégués sont élus pour quatre ans par section de vote. Ces dernières sont fixées par le Bureau de l'Association.
- Les membres adhérents de chaque section élisent un délégué par tranche de 400 membres adhérents ou fraction de 400 membres adhérents au moins égale à 150.
- Les élections ont lieu soit par correspondance et/ou vote électronique soit en assemblée de section, au scrutin majoritaire à un tour.
- Pour l'ensemble des votes, en cas d'égalité de voix, le candidat le plus jeune est déclaré élu.
- La perte de la qualité de membre entraîne celle de délégué. Dans ce cas, le candidat non élu, ayant obtenu le plus grand nombre de voix, devient délégué pour la durée du mandat restant à courir. Il en est de même en cas de démission d'un délégué.

Article 9 - Vote en Assemblée Générale

Chaque délégué dispose d'une voix en Assemblée Générale.

En cas d'impossibilité d'assister à une Assemblée Générale, un délégué peut donner procuration à un délégué de sa section ou à défaut à un autre délégué de son choix.

Le délégué qui vote par procuration doit signer la procuration et indiquer son nom, prénom usuel et domicile, ainsi que le nom, prénom usuel et domicile de son mandataire, obligatoirement délégué. Il doit adresser la procuration à son mandataire. Le mandat est donné pour une seule Assemblée.

Chaque délégué ne peut détenir au maximum que trois procurations.

Article 10 - Pouvoirs et fonctionnement de l'Assemblée Générale

Article 10-1 Pouvoir

L'Assemblée Générale est compétente pour :

- Approuver chaque année les comptes de l'exercice écoulé,
- Se prononcer sur le rapport visé à l'article L612-5 du code de Commerce présenté par le Président de l'Association,
- Approuver en tant que de besoin les modifications à apporter aux statuts,
- Se prononcer sur la nomination de commissaires aux comptes, titulaire et suppléant,
- Statuer sur la dissolution anticipée de l'Association, la nomination d'un liquidateur, la dévolution de ses biens, sa fusion ou sa transformation.

Article 10-2 Fonctionnement

Le Président de l'Association convoque l'Assemblée Générale, au moins une fois par an, soit au siège de l'Association, soit en tout autre endroit indiqué sur la convocation.

L'Assemblée Générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion.

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent aux membres.

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est arrêté par le Président.

L'Assemblée Générale ne délibère que sur les questions inscrites à l'ordre du jour. Le Président préside l'Assemblée.

Les délibérations de l'Assemblée Générale nécessitent une majorité simple des suffrages exprimés, sauf pour les délibérations concernant les modifications statutaires et la dissolution anticipée de l'Association qui nécessitent une majorité égale au deux tiers des suffrages exprimés.

L'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents et représentés est au moins égal au quart du nombre total des délégués et pour les délibérations concernant les modifications statutaires et la dissolution de l'Association égal à la moitié du nombre total de délégués.

À défaut une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibère valablement quel que soit le nombre des délégués présents.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée Générale. Ces procès-verbaux sont établis sur un registre spécial et signé du Président et du Trésorier qui en délivrent ensemble ou séparément tout extrait ou copie.

CHAPITRE 6 - Bureau, Président

Article 11 - Bureau - Composition

L'Association est dirigée par un bureau composé de deux personnes physiques ou morales, membres ou non de l'Association, nommés par le(s) membre(s) fondateur(s) de l'Association à l'unanimité.

Les membres du bureau sont nommés pour une durée de trois ans, renouvelables sans limite.

L'une des personnes nommée au bureau sera nommée pour exercer la fonction de Président.

L'autre personne nommée au bureau sera nommée pour exercer la fonction de Trésorier.

En cas de vacance, le(s) membre(s) fondateur(s) pourvoient au remplacement du membre du bureau dont le poste est vacant.

Le(s) membre(s) fondateur(s) peuvent à tout moment révoquer un membre du bureau, et ce sans motif nécessaire.

Les fonctions de membre du bureau sont gratuites. Les frais exposés dans l'exercice de leur(s) mission(s) leurs sont remboursés sur pièces justificatives.

Un membre de bureau peut aussi présenter sa démission par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Association.

Article 12 - Réunions et délibérations du bureau

Le bureau se réunit une fois au moins tous les six mois sur convocation du Président et aussi souvent que l'intérêt de l'Association l'exige, soit au siège social de cette dernière soit en tout autre endroit.

Les convocations sont effectuées par lettre simple (ou par mail) adressée aux membres du bureau au moins 3 jours avant la date fixée pour la réunion. Si tous les membres du bureau sont présents la réunion du bureau peut avoir lieu sans convocation.

L'ordre du jour est dressé par le Président ou à défaut par l'autre membre du bureau. Il peut n'être fixé qu'au moment de la réunion. Les décisions sont prises à l'unanimité des voix des membres du bureau. Les délibérations des membres du bureau sont constatées par des procès-verbaux établis sur un registre spécial et signé du Président et du Trésorier qui en délivrent ensemble ou séparément tout extrait ou copie.

Article 13 - Pouvoirs du bureau

Le bureau est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir au nom de l'Association dans les limites de l'objet social et des pouvoirs attribués par les statuts à l'Assemblée Générale. Il statue notamment sur les exclusions de membres. Il fixe le montant de la cotisation annuelle due par le(s) membre(s) fondateur(s).

Article 14 - Pouvoirs du président de l'Association

Le Président est chargé d'exécuter les décisions du bureau, d'ordonnancer les dépenses et d'assurer le fonctionnement de l'Association. Il représente l'Association en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il convoque le bureau et l'Assemblée Générale dont il fixe l'ordre du jour. Il préside le bureau et l'Assemblée Générale et peut déléguer par écrit tout ou partie de ses pouvoirs et/ou sa signature à toute personne.

Article 15 - Pouvoirs du Trésorier de l'Association

Le Trésorier établit, ou fait établir sous son contrôle, les comptes annuels de l'Association. Il procède ou fait procéder à l'appel annuel de la cotisation de(s) membre(s) fondateur(s). Il établit ou fait établir le rapport financier qui est présenté à l'Assemblée Générale avec les comptes annuels. Il procède au paiement des dépenses ordonnancées par le Président et procède à l'encaissement des recettes. Il est habilité à ouvrir et à faire fonctionner, dans tous établissements de crédit ou financiers, tous comptes et tous livrets d'épargne.

CHAPITRE 7 - Ressources et apports

Article 16 - Ressources

Les ressources de l'Association se composent :

- de la cotisation versée par le ou les membres fondateurs, ladite cotisation pouvant être versée en espèce ou en nature,
- du produit de ses activités,
- des revenus des biens ou valeurs qu'elle possède,
- de dons ou subventions,
- de toute autre ressource non interdite par la réglementation en vigueur.

Article 17 - Apports

En cas d'apport à l'Association de biens meubles ou immeubles, le droit de reprise de l'apporteur s'exerce conformément aux dispositions prévues par les conventions conclues avec l'Association.

Article 18 - Cotisation

Seuls le ou les membres fondateurs sont tenus au versement d'une cotisation annuelle dont le montant et les modalités sont fixés par le bureau.

CHAPITRE 8 - Dissolution, liquidation

Article 19 - Dissolution

En cas de dissolution volontaire, statutaire ou forcée de l'Association, l'Assemblée Générale désigne un ou plusieurs liquidateur(s) qui jouira (jouiront) des pouvoirs les plus étendus pour réaliser l'actif et acquitter le passif, après reprise éventuelle des apports existants par les apporteurs ou leurs héritiers ou ayants droit connus. Le produit net de la liquidation sera obligatoirement dévolu à un organisme à but non lucratif ayant une vocation sociale ou culturelle qui sera désigné par l'Assemblée Générale.

CHAPITRE 9 - Règlement intérieur

Article 20 - Règlement intérieur

Un règlement intérieur peut être établi par le bureau précisant et complétant, en tant que de besoin, les dispositions statutaires relatives à l'Association.

Annexe 3 - Services Santéclair

Santéclair est une société de services qui met à disposition des Membres Participants de MGAS et de ses ayants droit (ci-après dénommés bénéficiaires) un ensemble de services pour les aider à maîtriser leurs dépenses sur les postes les plus coûteux tels que l'optique, le dentaire, l'audioprothèse et à mieux s'orienter dans le système de soins.

Ce service permet d'avoir accès à des réseaux, à une analyse et du conseil sur des devis émanant de professionnels de santé non partenaires des réseaux, et à des applications internet disponibles sur l'espace adhérent MGAS.

Ces services sont proposés et gérés par notre partenaire Santéclair. Ils peuvent évoluer à tout moment.

Santéclair - Société Anonyme au capital de 3 834 030 euros - ayant son siège au 78 Boulevard de la République - 92100 Boulogne-Billancourt - immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 428 704 977.

Article 1 - I. Accès à des réseaux

Les réseaux disponibles concernent les opticiens, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes, cliniques de chirurgie réfractive de l'œil et de diététiciennes, présents sur le territoire métropolitain et départements d'outre-mer, qui se sont engagés contractuellement sur de bonnes pratiques professionnelles et sur des tarifs négociés.

Les Bénéficiaires ont accès à une dispense d'avance de frais sur les dépenses prises en charge lorsqu'ils recourent aux professionnels de santé partenaires, sur présentation de leur attestation de tiers payant (excepté pour les diététiciennes).

Un réseau de 3050 opticiens qui vous offre des tarifs préférentiels et des services privilégiés :

- Des prix calculés au plus juste pour les verres ou des traitements particuliers (durcis, anti-reflets, teintés, ...), soit 40 % moins cher en moyenne que les prix du marché,
- Une remise de 15 % sur les montures,
- Une remise de 10 % sur le para-optique,
- Une garantie casse de 2 ans sur les montures et les verres (sous conditions à demander à l'opticien partenaire),
- Une offre packagée « Offreclair », sans reste à charge, sur une sélection d'équipements.

Ce service vous permet de ne pas faire l'avance de frais. Les opticiens partenaires doivent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

Un réseau de 45 centres de chirurgie réfractive partenaires.

Si vous êtes myope, astigmate, hypermétrope, vous pouvez avoir recours à la chirurgie réfractive. Pour cela, Santéclair met à votre disposition les coordonnées des cliniques partenaires spécialisées dans ce domaine auprès desquelles :

- Vous trouvez des praticiens expérimentés,
- Vous pouvez bénéficier de technologies chirurgicales de pointe répondant à une charte qualité extrêmement précise,
- Vous bénéficiez également de tarifs privilégiés pour des actes non pris en charge par le Régime Obligatoire et dont les tarifs sont libres.

Ce service vous permet de ne pas faire l'avance de frais. Les centres partenaires doivent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

Un réseau dentaire composé de 3 000 chirurgiens-dentistes, d'orthodontistes, de stomatologues et d'implantologues qui propose :

- Des tarifs négociés sur les actes prothétiques, des tarifs négociés selon le lieu d'exercice du professionnel de santé et la provenance des matériaux de fabrication de la couronne,
- Des tarifs négociés sur des traitements de prévention tels que la parodontologie (soins des gencives) et l'esthétique (blanchiment), des conseils et des informations sur les règles d'hygiène,
- Le certificat de traçabilité de la prothèse sur simple demande du bénéficiaire.

Ce service permet de ne pas faire l'avance des frais lors de la réalisation de prothèses dentaires ou de traitements d'orthodontie. Les chirurgiens-dentistes partenaires peuvent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

Un réseau de 750 audioprothésistes qui permet de bénéficier :

- D'une économie de 40 à 50 % sur tous types et marques d'appareils auditifs,
- D'une économie de 20 % sur les piles et accessoires,
- D'une période d'essai d'au moins un mois,
- D'une visite de contrôle pour un bilan auditif une fois par an,
- De pratiques professionnelles de qualité régies par une charte de déontologie,
- D'une totale transparence dans la facturation (prix de la prothèse, main d'œuvre).

Ce service permet de ne pas faire l'avance des frais. Les audioprothésistes partenaires doivent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

Un réseau de 350 diététiciennes qui propose :

Des prix inférieurs jusqu'à 15 % par rapport aux prix moyens constatés en France entière sur des visites de bilan et de suivi. Enfin, vous bénéficiez de conseil du service Santéclair même si vous consultez un praticien qui n'est pas partenaire du réseau Santéclair.

Article 2 - Analyse de devis

Santéclair propose son service d'analyse de devis conseil. Ce service permet de vérifier que la dépense en optique, en dentaire, en audioprothèse et les honoraires chirurgicaux est adaptée aux besoins des bénéficiaires tout en payant le juste prix. Sur simple demande, ces spécialistes font l'analyse à partir du devis écrit et détaillé émis par le praticien que vous avez choisi. Cet avis vous est donné sous 72 heures, soit par courrier soit par téléphone selon le résultat de l'analyse.

Article 3 - Applications Internet

Santéclair propose également des applications internet mises à disposition des bénéficiaires dans l'espace adhérent MGAS :

- Géocclair : l'outil de géolocalisation des professionnels de santé partenaires Santéclair (opticiens, dentistes, audioprothésistes, diététiciennes et centres de chirurgie réfractive),
- Les conseils sur l'automédication : l'application permet de continuer à s'automédiquer en toute tranquillité (label HON),
- OWIH : l'Outil Web d'Informations Hospitalières qui permet à l'assuré d'obtenir le meilleur rapport qualité/prix pour un acte chirurgical ou obstétrical donné ainsi que l'accès aux palmarès des meilleurs établissements en chirurgie obstétrique et cancérologie (label HON).

Annexe 4 - MGAS Assistance

Contrat d'assurance pour l'assistance entre IMA ASSURANCES et MGAS

Préambule

La convention d'assistance présentée ci-après se propose d'apporter aux adhérents de la MGAS des garanties d'assistance à domicile. Les garanties d'assistance sont assurées par IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libérée, entreprise régie par le code des Assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris – 79000 Niort, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest 75436 PARIS CEDEX 09.

CHAPITRE 1 - CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES ASSISTANCE À DOMICILE

Article 1 - FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance à domicile s'appliquent en cas :

- D'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile,
- D'accident corporel ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée,
- De chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit et entraînant une immobilisation au domicile,
- D'évènement traumatissant,
- De séjour prolongé à la maternité, de naissance multiple, de naissance grand prématuré ou de grossesse pathologique avec alitement,
- De mutation professionnelle.

dans les conditions spécifiées à chaque article.

Article 2 - INTERVENTION

IMA ASSURANCES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant : 05 49 34 81 11.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale, ni l'intervention habituelle de personnes, telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

2.1 Délai de demande d'assistance

IMA ASSURANCES apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale. Aussi, pour être recevable, toute demande d'assistance doit être exercée dans les délais indiqués ci-après.

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites aux articles 9 à 15, doit être exercée au plus tard dans les 10 jours qui suivent :

- Une immobilisation au domicile,
- La sortie d'une hospitalisation..

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Pour la garantie Aide-ménagère prévue aux articles 8, le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter de l'immobilisation au domicile ou la sortie d'une hospitalisation. Passé ce délai, un décompte sera effectué sur le plafond accordé

et la garantie sera mise en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement.

Illustration : en cas d'appel le 8ème jour, la garantie est alors plafonnée à 2 jours.

2.2 Application des garanties

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribué pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères, ...) et aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA ASSURANCES, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

En cas de maladie entraînant une hospitalisation programmée, la mise en œuvre des garanties d'assistance est limitée à 2 interventions par bénéficiaire sur 12 mois.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle. IMA ASSURANCES ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs. Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par IMA ASSURANCES en outre-mer, elles sont prises en charge par IMA ASSURANCES, en accord préalable avec elle, sur présentation de justificatifs et dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine.

2.3 Territorialité

Les garanties d'assistance s'appliquent en France Métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et en outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane, Mayotte, Polynésie française, Saint Pierre et Miquelon, îles Wallis et Futuna, Saint-Barthélemy et Nouvelle Calédonie). Le transport de bénéficiaires ou de proches, prévu pour certaines garanties, est mis en œuvre dans les conditions suivantes :

- Si le domicile de l'adhérent est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France métropolitaine,
- Si le domicile de l'adhérent est situé en outre-mer, le transport est effectué au sein de la collectivité de résidence de l'adhérent.

Article 3 - PIÈCES JUSTIFICATIVES

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander la justification médicale de l'évènement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

De la même façon, IMA ASSURANCES pourra demander à l'adhérent ou à son conjoint l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

CHAPITRE 2 - GARANTIES DES LA SOUSCRIPTION

Article 4 - CONSEIL SOCIAL

IMA ASSURANCES organise et prend en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques par foyer sur une période de 12 mois avec un Travailleur Social. Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le Travailleur Social évalue les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

Article 5 - INFORMATIONS JURIDIQUES

IMA ASSURANCES met à disposition des bénéficiaires, du lundi au samedi, hors jours fériés, un service téléphonique d'information juridique pour apporter des réponses en matière de droit français dans des domaines tels que : famille, santé, droit du travail, retraite, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, vacances à l'étranger.

Article 6 - INFORMATIONS MÉDICALES

Une équipe médicale communique, dans les 48h, des informations et conseils médicaux sur les thèmes suivants : pré-hospitalisation, post-hospitalisation, grossesse (examens à effectuer, médicaments proscrits), nourrisson (alimentation, sommeil, hygiène, vaccinations), troubles du sommeil, gestion du stress, conseil dépistage cancer, médicaments, vaccins, risques médicaux...

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

Article 7 - RECHERCHE DE MÉDECIN, INFIRMIÈRE, INTERVENANT PARAMÉDICAL

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, IMA ASSURANCES communique les coordonnées d'un médecin.

De la même façon, IMA ASSURANCES, peut en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, communiquer les coordonnées d'une infirmière ou des intervenants paramédicaux.

CHAPITRE 3 - GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU PROGRAMMÉE, EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE

Article 8 - AIDE-MENAGÈRE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

Une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,

OU

Une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint, En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant au moins une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder

En cas d'hospitalisation imprévue ou immobilisation imprévue tel que défini ci-dessus : 30 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 30 jours,

En cas d'hospitalisation programmée tel que défini ci-dessus : 20 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 20 jours,

En cas de chirurgie ambulatoire tel que défini ci-dessus : 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 10 jours.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Article 9 - PRÉSENCE D'UN PROCHE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

Une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,

OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint, En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant au moins une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le déplacement aller - retour d'un proche par train 1^{ère} classe ou avion classe économique. IMA ASSURANCES organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

Article 10 - SERVICES DE PROXIMITÉ

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- Une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU Une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant au moins une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période de maximale de 10 jours.

Livraison de médicaments

La recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni l'adhérent, ni le conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de s'en charger. **La garantie est limitée à une livraison par évènement.** Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

Portage de repas

La livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas lorsque ni l'adhérent, ni son conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de préparer eux-mêmes les repas ou de les faire préparer par l'entourage*. La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons. Le prix des repas demeure à la charge de l'adhérent.

** sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit-déjeuner est exclu de la garantie.*

Portage d'espèces

- Le transport aller - retour dans un établissement bancaire proche du domicile
- OU bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 € lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ne disposent plus d'espèces et ne peuvent s'en procurer.

La somme avancée devra être remboursée à IMA ASSURANCES dans un délai de 30 jours.

Livraison de courses

La livraison d'une commande par semaine lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de faire les courses. Les frais de livraison seront remboursés sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'adhérent.

Coiffure à domicile

Le déplacement d'un coiffeur au domicile lorsque l'adhérent ou son conjoint a besoin de soin de coiffure. **La prise en charge est limitée à un seul déplacement par évènement et le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'adhérent.**

Article 11 - TRANSFERT CONVALESCENCE CHEZ UN PROCHE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant au moins une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport non médicalisé de l'adhérent ou de son conjoint depuis son domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 jours suivant sa sortie d'hospitalisation.

Ce transfert peut être réalisé en taxi, train 1ère classe ou avion classe économique et sera pris en charge à concurrence de 200 euros par trajet aller - retour.

Article 12 - TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant au moins une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, sur une période maximale de 10 jours, un transport non médicalisé aller et retour par taxi ou par VSL dans un rayon de 50 km.

Article 13 - PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge sur justificatifs l'une des garanties suivantes :

- La visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter »,
- La garde au domicile de l'adhérent par un « pet sitter »,
- La garde de l'animal chez un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller - retour et les frais de « pet sitter ». Le nombre d'interventions est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 interventions réparties sur une période maximale de 20 jours.

Le « pet sitter » se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque ni l'adhérent, ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal.

Cette garantie est conditionnée à la mise à disposition pour le « pet sitter » des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge :

La promenade du chien de l'adhérent par un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller - retour et les frais de « pet sitter ». Le nombre d'interventions est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 interventions réparties sur une période de 20 jours.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

Article 14 - FERMETURE DU DOMICILE QUITTÉ EN URGENCE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En l'absence d'un proche présent localement, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 2 heures afin de s'assurer que l'habitation soit apte à rester fermée pendant une durée indéterminée.

Cette garantie comprend :

- La fermeture des accès du logement : portes, portail, garage, fenêtres, volets...
- La fermeture des éléments situés à l'intérieur du logement : lumières, appareils électriques...
- Le traitement des denrées périssables : vider les poubelles, lave-vaisselle, machine à laver, tri des aliments du frigo...

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA ASSURANCES intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, dans la limite de 100 euros, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

Article 15 - PRÉPARATION DU RETOUR AU DOMICILE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 14 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En l'absence d'un proche présent localement, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 4 heures pour permettre un retour au domicile dans les meilleures conditions.

Cette garantie comprend :

- La réouverture du domicile avec notamment l'ouverture des volets, de l'eau, du gaz, de l'électricité et des appareils électriques,
- La mise en température du chauffage du logement,
- Le ménage,
- Les courses. Le coût des courses demeurant à la charge de l'adhérent.

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA ASSURANCES intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, dans la limite de 100 euros, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant dans les 24 heures précédant la date de sortie de l'hôpital. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

Si les clés ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie de l'hôpital et qu'il ait été missionné 48 heures avant cette sortie, l'intervenant accomplira sa mission le jour du retour au domicile.

CHAPITRE 4 - GARANTIES EN CAS D'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT

Article 16 - SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

En cas d'événements ressentis comme traumatisants par l'un des bénéficiaires.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge selon la situation :

Jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien,

Et si nécessaire, jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement. La garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

CHAPITRE 5 - GARANTIES FAMILLE EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU PROGRAMMÉE ET/OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE

Les conditions d'application des garanties d'assistance Domicile prévues à l'article 1 s'appliquent aux garanties ci-dessous.

Article 17 - PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 18 ANS) OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

Une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant,

OU Une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant.

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant au moins une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- Le déplacement d'un proche : Le déplacement aller - retour d'un proche, par train 1ère classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.
- Le transfert des enfants : Le déplacement aller - retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnants, par train 1ère classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.
- La garde des enfants : Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

Article 18 - GARDE DES FRÈRES ET SOEURS (ENFANT ACCIDENTÉ OU MALADE)

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours d'un enfant.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours d'un enfant.

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant au moins une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des autres enfants par le déplacement aller - retour d'un proche, ou s'il y a lieu la venue d'un intervenant habilité du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le nombre d'heures est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

Article 19 - REMPLAÇANTE DE GARDE D'ENFANTS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

Une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de la garde salariée habituelle des enfants,

OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de la garde salariée habituelle des enfants.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de la garde salariée habituelle des enfants.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

Article 20 - CONDUITE A L'ÉCOLE ET RETOUR AU DOMICILE DES ENFANTS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

Une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint,

OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant au moins une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un **aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 2 semaines.**

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

Article 21 - CONDUITE AUX ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- Une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit et entraînant une immobilisation au domicile.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par semaine par enfant sur une période de 2 semaines.

Article 22 - SOUTIEN SCOLAIRE EN LIGNE (ENFANT ACCIDENTÉ OU MALADE)

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue de plus de 14 jours d'un enfant.

Dès lors que l'enfant n'est pas en état de suivre sa scolarité, IMA ASSURANCES prend en charge l'accès à un site de cours en ligne.

Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation. Le site propose des cours pour les enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), **sur une durée de 3 mois.**

Article 23 - SOUTIEN SCOLAIRE CHEZ UN PROCHE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

Lorsque l'enfant est transféré chez un proche éloigné géographiquement de l'école empêchant la poursuite des cours, IMA ASSURANCES organise et prend en charge un soutien pédagogique de l'enfant du primaire au secondaire dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), au domicile du proche, du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, **jusqu'à 3 heures par jour par foyer.**

Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation sur une période maximale de 2 semaines.

Article 24 - AIDE AUX DEVOIRS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- Une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge un soutien pédagogique au domicile auprès des enfants du primaire au secondaire dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), **à raison de 2 heures par enfant et par semaine, hors vacances scolaires et jours fériés.**

Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation ou d'immobilisation et sur une période maximale de 2 semaines.

CHAPITRE 6 - GARANTIES EN CAS DE TRAITEMENT PAR CHIMIOThERAPIE, RADIOTHERAPIE, TRITHÉRAPIE, QUADRITHÉRAPIE OU CURIETHERAPIE

En cas de nécessité de traitement médical entraînant des séances de chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie en établissement hospitalier ou à domicile, IMA ASSURANCES met à la disposition de l'adhérent ou de son conjoint une aide-ménagère. Cette garantie est accordée pendant la durée du traitement, dans la limite de 20 heures, selon la situation.

Les garanties relatives à la prise en charge des enfants de moins de 18 ans et à la prise en charge des ascendants ou des personnes dépendantes vivant au domicile sont également applicables.

CHAPITRE 7 - GARANTIES LIÉES À LA MATERNITÉ

Article 25 - AIDE À DOMICILE

Les garanties sont acquises :

- En cas de grossesse pathologique avec alitement entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 15 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU en cas d'accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 5 jours,
- OU à la naissance d'un enfant grand prématuré (entre le début de la 25^{ème} semaine d'aménorrhée jusqu'à la 32^{ème} semaine d'aménorrhée révolue),
- OU en cas de naissance multiple.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation **et ne pourra excéder 20 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 20 jours.**
Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors week-end et jours fériés ;

Article 26 - PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPES (SANS LIMITE D'AGE)

Les garanties sont acquises :

- en cas de grossesse pathologique avec alitement entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 15 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU en cas d'accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 5 jours,
- OU à la naissance d'un enfant grand prématuré (entre le début de la 25ème semaine d'aménorrhée jusqu'à la 32ème semaine d'aménorrhée révolue),
- OU en cas de naissance multiple.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- Le déplacement d'un proche : Le déplacement aller - retour d'un proche, par train 1ère classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.
- Le transfert des enfants : Le déplacement aller - retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1ère classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.
- En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.
- La garde des enfants : Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

Article 27 - INFORMATIONS MÉDICALES NAISSANCE

Pendant la grossesse et à la naissance de l'enfant (adoption comprise)

Une équipe médicale communique, dans les 48h, des informations et conseils médicaux sur les thèmes suivants : grossesse, examens à effectuer, médicaments proscrits, alimentation, sommeil, hygiène, vaccinations ...

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

La garantie est accessible jusqu'aux 3 ans de l'enfant.

CHAPITRE 8 – PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint,

OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- Le déplacement d'un proche : Le déplacement aller - retour d'un proche, par train 1ère classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.
- Le transfert des ascendants chez un proche : Le déplacement aller - retour des ascendants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1ère classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.
- La garde des ascendants :

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

CHAPITRE 9 - TELEASSISTANCE

En cas de déclaration, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation de plus de 5 jours de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant,

OU

En cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant,

OU

En cas d'aggravation d'une pathologie lourde ou d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant,

OU

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation imprévue ou programmée de plus de 24 heures de l'adhérent âgé de 75 ans et plus,

IMA ASSURANCES prend en charge les frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de 90 jours.

Les frais d'accès au service comprennent :

- L'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé,
- Si nécessité d'une intervention à domicile, avertissement du réseau de proximité,
- Si besoin, transfert de l'appel au plateau médical et contact des services d'urgence.

Au-delà de la prise en charge d'IMA ASSURANCES, l'adhérent pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'adhérent.

CHAPITRE 10 - EN CAS DE MUTATION PROFESSIONNELLE DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Article 28 - AIDE A LA RECHERCHE D'UN EMPLOI D'UN CONJOINT

En cas de mutation professionnelle de l'adhérent.

IMA ASSURANCES met en place un accompagnement individualisé dans la recherche d'un nouvel emploi.

Cette aide proposée par IMA ASSURANCES comprend notamment la mise en ligne du CV, l'accès à des offres ciblées, le développement d'une démarche d'accompagnement individualisée.

Le suivi sera réalisé sur une période de 90 jours.

La garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement.

Article 29 - AIDE AU DEMENAGEMENT

En cas de mutation professionnelle de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES communique, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble.

Le prix du déménagement reste à la charge de l'adhérent.

Article 30 - AIDE AU DEMENAGEMENT

En cas de mutation professionnelle de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES communique, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble.

Le prix du déménagement reste à la charge de l'adhérent.

Article 31 - NETTOYAGE DU DOMICILE QUITTE

En cas de mutation professionnelle de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le nettoyage du domicile quitté dans la limite de 500 € sur une période de 30 jours suivant le déménagement.

La garantie doit être exécutée dans le mois suivant l'événement.

CHAPITRE 11 - EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES

Article 32 - FAUSSE DÉCLARATION

La fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, lors de la survenance d'un événement garanti, entraîne la perte du droit à garantie.

Article 33 - FORCE MAJEURE

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

Article 34 - EXCLUSIONS

EXCLUSIONS POUR LES GARANTIES D'ASSISTANCE DOMICILE

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les hospitalisations :

Dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gériatriques,

Liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,

Liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences.

De même sont exclues les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et à la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

La preuve de l'exclusion incombe à IMA ASSURANCES.

CHAPITRE 12 - VIE DU CONTRAT

Article 35 - DURÉE des GARANTIES

La période de validité du contrat santé souscrit par l'adhérent auprès de la MGAS.

Article 36 - RÉSILIATION

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation du contrat souscrit par l'adhérent auprès de MGAS pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

Article 37 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite 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, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;

2) En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA ASSURANCES a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

La reconnaissance non équivoque par IMA ASSURANCES du droit à garantie des bénéficiaires,

La demande en justice, même en référé,

Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par IMA ASSURANCES aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code Civil, IMA ASSURANCES et les bénéficiaires ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 38 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

La MGAS, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 784 301 475, et dont le siège social est 96 avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex 15, collecte, en qualité de Responsable de Traitement, les catégories de données suivantes, dans le cadre de la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assistance :

- des données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat ;
- des données nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des sinistres ;
- des informations relatives à la détermination ou à l'évaluation des préjudices ;
- des données de localisation des personnes ou des biens en relation avec les risques assurés ;

Ces données sont utilisées par la MGAS pour la stricte exécution des services et notamment pour :

- la passation des contrats ;
- la gestion des contrats ;
- l'exécution des contrats ;
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- les opérations relatives à la gestion de ses clients et notamment le suivi de la relation client (ex : passation d'enquête de satisfaction) ;
- la mise en œuvre de dispositifs de contrôles, notamment en matière de lutte contre la fraude et la corruption ;
- la gestion des demandes de droit d'accès, de rectification et d'opposition ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives.

Ces données peuvent être transmises aux intermédiaires d'assurance et prestataires de la MGAS chargés de la gestion du portefeuille. Celles nécessaires à la mise en œuvre des garanties d'assistance sont transmises aux prestataires de la MGAS chargés de l'exécution de ces garanties, en particulier à IMA ASSURANCES, ainsi qu'à tout intervenant dans l'opération d'assistance. Elles peuvent être accessibles ou transmises à des sous-traitants techniques pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques.

Des enregistrements des conversations téléphoniques sont susceptibles d'être effectués par IMA ASSURANCES pour des besoins de formation, d'amélioration de la qualité et de prévention des litiges. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques.

Les données sont conservées pendant la durée de la relation assurantielle majorée des délais de prescription en vigueur. Elles sont ensuite anonymisées pour être conservées à des fins statistiques.

Le bénéficiaire peut, à tout moment, retirer son consentement au traitement de ses données personnelles auprès du Délégué à la Protection des Données de la MGAS, 96 avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex 15. Dans ce cas, il accepte de ne plus bénéficier de la couverture d'assurance.

Conformément aux dispositions légales, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motif légitime. Il peut les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, auprès d'IMA ASSURANCES, aux coordonnées suivantes : Direction des Affaires Juridiques – 118 avenue de Paris – 79000 Niort – dpo@ima.eu. / la MGAS, 96 avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex 15.

Le bénéficiaire dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle en matière de protection des données personnelles compétente s'il considère que le traitement de données à caractère personnel le concernant constitue une violation des dispositions légales.

Article 39 - RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de désaccord sur l'application des garanties, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 ou par courriel depuis le site www.ima.eu, « réclamations ».

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 ou par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org. La demande auprès du médiateur doit être introduite dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite.

DÉFINITIONS

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la convention, entendus avec les acceptions suivantes :

ACCIDENT CORPOREL

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

ADHÉRENT

Souscripteur du contrat d'assurance santé auprès de l'apériteur.

ANIMAUX DOMESTIQUES

Chiens, à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense), Chats, NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).

BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Toute personne domiciliée en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer, adhérente à la MGAS, mais également son conjoint, ainsi que leurs enfants ou petits-enfants de moins de 18 ans ou handicapés sans limite d'âge et leurs ascendants fiscalement à leur charge et vivant sous leur toit.

CENTRE DE CONVALESCENCE

Structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. Les centres de convalescence ne sont pas considérés comme des établissements hospitaliers.

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, n'incluant pas de nuit d'hospitalisation.

DOMICILE

Pour l'assistance à domicile et en déplacement :

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France.

FRANCE

Pour l'assistance à domicile :

France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et l'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane, Mayotte, Polynésie française, Saint Pierre et Miquelon, îles Wallis et Futuna, Saint-Barthélemy, Nouvelle Calédonie).

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à une maladie ou un accident, incluant au moins une nuit.

HOSPITALISATION IMPRÉVUE

Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

HOSPITALISATION PROGRAMMÉE

Hospitalisation dont le bénéficiaire a connaissance depuis plus de 7 jours.

IMMOBILISATION

L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

IMMOBILISATION IMPRÉVUE

Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent. L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

INTERVENTION CHIRURGICALE

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, incluant une seule nuit d'hospitalisation.

LISTE DES PATHOLOGIES LOURDES

Accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polypathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins d'IMA ASSURANCES.

MALADIE

En cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue :

Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

En cas d'hospitalisation programmée :

Altération de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Annexe 5 - Assurance scolaire/étudiante

Notice d'information du contrat « Assurance scolaire/étudiante » - T 171 274.001 T – La sauvegarde

Le contrat « assurance scolaire/étudiante » numéro T 171 274.001 T est un contrat collectif souscrit par la MGAS, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, numéro de SIREN N° 784 301 475, 96 avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex 15, auprès de La Sauvegarde, société anonyme à directoire et conseil de surveillance. Entreprise régie par le Code des Assurances. Immatriculée au RCS de Paris sous le n°612 007 674. Siège social : 148 rue Anatole France - 92597 Levallois Perret Cedex. Il est soumis aux dispositions du Code des assurances.

Article 1 - Définitions

Accident : tout événement non intentionnel, soudain, imprévu et extérieur à la victime ou à la chose endommagée et constituant la cause du dommage.

Assuré : les enfants scolarisés ayants droit des membres participants de la Mutuelle MGAS. Ces enfants doivent être âgés de moins de 29 ans et être déclarés comme ayants droit d'une des formules santé.

Assureur (nous) : La Sauvegarde, société anonyme d'assurances, entreprise régie par le code des Assurances, dont le siège social est situé au 76, rue de Prony 75857 Paris cedex 17 et immatriculée au RCS PARIS sous le numéro B 612 007 674. Dans la présente notice, le pronom personnel « nous » fait référence à l'assureur.

Domage corporel : toute atteinte corporelle subie par une personne physique.

Domage matériel : toute détérioration ou destruction d'une chose ou d'une substance, toute atteinte physique à des animaux.

Domage immatériel : tout préjudice pécuniaire qui ne se traduit pas par une atteinte physique à un bien ou une personne, mais qui est consécutif ou non consécutif à un dommage matériel ou corporel couvert par le contrat.

Article 2 - Garanties

1. Responsabilité civile

Nous garantissons les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile que l'assuré (ou de son représentant légal civilement responsable pour les enfants mineurs ou majeurs protégés) peut encourir en raison des dommages corporels, matériels ou immatériels causés aux tiers, à

l'occasion des activités suivantes et ce dans les conditions et limites prévues au paragraphe III :

- **La scolarité**, au sein d'un établissement scolaire ou universitaire situé en France y compris pour les activités organisées par l'établissement hors de ses murs,
- **Le baby-sitting**, lorsqu'il est exercé au domicile des parents de l'enfant gardé et en dehors de toute Association ou organisme spécialisé,
- **Le soutien scolaire** lorsqu'il est exercé de manière occasionnelle au domicile de l'élève et en dehors de toute Association ou organisme spécialisé,
- **Les stages en entreprises**, lorsqu'ils sont effectués dans le cadre d'une formation ou de la recherche d'un emploi et font l'objet de la signature d'une convention de stage,
- **L'aide bénévole occasionnelle**, lorsque l'assuré l'apporte à un tiers dans le cadre de la vie privée ou d'une tentative de sauvetage.

2. La garantie individuelle accident

Nous garantissons les assurés scolarisés en maternelle, dans le primaire, dans le secondaire et dans le supérieur pour les dommages corporels subis lors d'accidents survenus à l'occasion :

- D'une activité scolaire au sein de l'établissement ou à l'extérieur en cas de sortie organisée par l'établissement,
- Du trajet direct (aller ou retour) du domicile à l'établissement scolaire.

Sont assimilées à un accident et aussi garanties les conséquences corporelles d'une poliomyélite ou d'une méningite cérébro-spinale.

Les événements de type racket, vol avec violence et agression survenus au sein de l'établissement ou sur le trajet sont des accidents pris en charge au titre de cette garantie **sous condition d'un dépôt de plainte auprès des autorités de police.**

Au titre de cette garantie, nous indemnisons dans les conditions et limites prévues au paragraphe III :

- Le décès de l'assuré,
- L'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique de l'assuré,
- Les frais médicaux engagés par l'assuré, consécutifs à l'événement garanti et restant à charge,
- La garantie de dommages aux biens.

Dans le cadre d'un événement pris en charge par la garantie « individuelle accident », nous indemnisons les dommages matériels résultant pour les biens suivants :

- Vêtements et objets personnels de l'assuré (à l'exception des tablettes, téléphones portables, Smartphones et baladeurs numériques),
- Cartable, fournitures scolaires et manuels scolaires,
- Instruments de musique et matériels de sports,
- Bicyclette lorsque celle-ci est utilisée comme moyen de transport pour se rendre dans l'établissement scolaire **dans la limite d'un sinistre par année d'assurance.**

3. La défense pénale et recours suite à accident garanti

Nous garantissons dans les conditions et limites prévues au paragraphe III :

- **La défense de l'assuré** (ou de la personne civilement responsable de ce dernier) devant les juridictions répressives en cas de poursuite exercée à la suite d'un événement garanti par le contrat,
- **Le recours amiable ou judiciaire** pour l'indemnisation des dommages matériels, corporels et immatériels qui sont imputables à un tiers et s'ils résultent d'un événement garanti par le contrat.

4. La garantie de frais annexes

Dans le cadre d'un événement pris en charge par la garantie « individuelle accident », nous indemnisons les frais suivants dans les conditions et limites prévues au paragraphe III :

- **Les frais de cantine scolaire** payés d'avance non remboursés et non consommés,
- **Les frais engagés pour la garde** au domicile de l'assuré de moins de 16 ans,
- Les frais de rattrapage scolaire.

5. La garantie d'accompagnement psychologique

Lorsqu'un assuré est victime d'un traumatisme psychologique provoqué par un événement assuré soit au titre de la responsabilité civile soit au titre de la garantie individuelle accident, nous proposons un accompagnement psychologique qui peut se décliner sous les trois formes suivantes :

- **Accueil psychologique** : Nous mettons à votre disposition par un entretien téléphonique, une équipe de psychologues assistants destinés à vous apporter un soutien moral.
- **Consultation psychologique** : À l'issue de l'entretien téléphonique, si le psychologue assistant en pressent la nécessité, vous êtes orienté vers l'un de nos psychologues cliniciens, pour une consultation par téléphone d'une durée moyenne de 45 minutes. Nous prenons en charge le coût de cette consultation ainsi que les frais de téléphone.
- **Suivi psychologique** : À la suite de cette première consultation et selon le diagnostic établi, vous pouvez bénéficier de 3 nouvelles consultations maximum effectuées soit par téléphone auprès du même psychologue clinicien, soit au cabinet d'un de nos psychologues cliniciens agréés proche de votre domicile ou, sur votre demande, auprès du psychologue de votre choix. Nous prenons en charge le coût des consultations. Dans le cas d'un suivi chez un psychologue de votre choix, nous vous remboursons sur justificatifs, 3 consultations dans la limite de 52 € par consultation.

Article 3 - Territorialité

L'ensemble des garanties s'exerce en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Toutefois pour les stages et les voyages scolaires, les garanties restent acquises dans le monde entier **si le stage ou le voyage n'excède pas 90 jours consécutifs.**

Article 4 - Capitaux, franchise et tarifs

1. Plafonds de garantie

Responsabilité civile

Dommages corporels	20 000 000 €
Dommages matériels et immatériels	5 000 000 €

Individuelle accident

Décès	18 000 €
Dommages corporels (AIPP ⁽¹⁾)	35 000 €

Le montant de l'indemnité versée au titre des dommages corporels est calculé en multipliant le capital garanti par le taux d'AIPP. Toutefois lorsque le taux d'AIPP est supérieur ou égal à 75 % l'intégralité du capital est versée.

Frais de soins de santé restant à charge	3 000 €
--	---------

Dommages aux biens

Dommages matériels	300 €
--------------------	-------

Défense pénale et de recours

Plafond par sinistre	25 000 €
Plusieurs sous-limites par juridiction ⁽²⁾	

Frais annexes

Frais de cantine	500 €
Frais de garde	5 jours × 120 € / jour
Frais de rattrapage scolaire	30 jours × 55 € / jour

Accompagnement psychologique

Suivi psychologique	3 consultations × 52 €/consultation
Dommages corporels	20 000 000 €

2. Franchises et seuil d'intervention

Responsabilité civile

Franchise tous dommages	150 €
-------------------------	-------

Individuelle accident

Seuil d'intervention (AIPP ⁽¹⁾)	5 %
Franchise frais de soins de santé	25 €

Dommages aux biens

Franchise dommages matériels	25 €
------------------------------	------

Défense pénale et de recours

Seuil d'intervention	500 €
Plusieurs sous-limites par juridiction ⁽²⁾	

Frais annexes

Franchise frais de cantine	10 jours
Franchise frais de garde	2 jours

Seuil d'intervention	10 jours d'absence
----------------------	--------------------

(1) AIPP : Atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique. Le taux d'AIPP est déterminé par le Médecin conseil de l'assureur.

(2) Les honoraires comprennent les frais de fonctionnement (secrétariat, téléphone, photocopie...) et de déplacement à l'exception des déplacements liés à une expertise pour lesquels une indemnité complémentaire sera réglée sur justification (indication du lieu de l'expertise) lorsque ladite expertise se déroulera dans un rayon supérieur à 30 kilomètres du cabinet de l'avocat.

Juridiction	Honoraire 2017 hors taxes
Cour d'Appel - Affaires déjà suivies en première instance - Affaires nouvelles	650 € par plaidoirie 750 € par plaidoirie
Tribunal de Grande Instance	650 € par plaidoirie ou par affaire
Tribunal Correctionnel ou de Police avec constitution de partie civile - Tribunal de Commerce ou par affaire - Tribunal Administratif - Tribunal des Affaires de la Sécurité sociale	600 € par plaidoirie ou par affaire
- Tribunal d'Instance - Juge de proximité - Juge de l'exécution - Commission d'indemnisation des victimes d'infractions - Médiation pénale	550 € par plaidoirie
- Tribunal Correctionnel ou de Police sans constitution de partie civile - Référé - Assistance à une instruction ou à une expertise, Juge de la mise en état - Commission de suspension du permis de conduire et autres commissions	450 € par plaidoirie
Cour d'Assises et Cour d'Assises des Mineurs	850 € par journée
- Transaction menée par l'avocat - Audience à suivre - Exécution forcée d'une décision judiciaire	100 % d'une affaire plaidée 50 % d'une affaire plaidée 50 % d'une affaire plaidée
- Fourniture de PV et démarches diverses auprès du Parquet ou du Greffe - Appel ou opposition en matière pénale - Consultation orale au profit d'un sociétaire à la demande expresse de la compagnie	120 €
Cour de Cassation/Conseil d'État	2 000 € par affaire

Article 5 - Exclusions

Nous ne garantissons pas les dommages subis ou occasionnés résultant :

- De l'exercice d'une activité professionnelle, d'une fonction élective ou syndicale, d'une fonction de dirigeant d'Association,
- De l'utilisation d'appareils de navigation aérienne soumis à l'obligation d'assurance sauf lors des vols réguliers de compagnies habilitées,
- De la pratique de la navigation de plaisance sur des bateaux, engins nautiques à voile ou à moteur, y compris lors des opérations d'embarquement et de débarquement,
- De la propriété ou de l'utilisation de véhicules terrestres à moteur soumis à l'obligation d'assurance,
- De la propriété ou de la détention d'un chien,
- De l'usage d'armes à feu ou à air comprimé, d'explosifs,
- D'un acte de chasse,
- De toute activité physique ou sportive exercée dans le cadre d'un club, groupement ou Association lorsque cette activité est soumise à une obligation d'assurance,
- De l'organisation et de la préparation à toutes épreuves, concours, courses ou compétitions nécessitant une autorisation administrative préalable ou soumise à une autorisation d'assurance,
- De la transmission de maladie sauf poliomyélite ou méningite cérébrospinale,
- D'une guerre civile ou étrangère,
- De la participation à un attentat, un acte de terrorisme ou de sabotage,
- Du fait intentionnel de l'assuré ou commis avec sa complicité.

Article 6 - Sinistres

1. Déclaration

Comment déclarer un sinistre ?

- Par courrier à MGAS - MGAS - TSA 30129 - 37206 Tours Cedex,
- Par e-mail à relation.adherents@mgas.fr

En cas de sinistre l'Assuré doit toujours :

- Transmettre à l'Assureur, dès réception, tous avis, lettres, convocations, assignations, actes extrajudiciaires et pièces de procédure qui lui seraient adressés, remis ou signifiés,
- Déclarer, dès qu'il en a connaissance, tout sinistre susceptible de mettre en jeu la garantie du contrat : cette déclaration doit être adressée à l'Assureur au plus tard dans un délai de 15 jours ouvrés à compter de l'événement
- Indiquer dans la déclaration du sinistre ou, en cas d'impossibilité, dans une déclaration ultérieure faite dans les plus brefs délais :
- Le jour, l'heure, les circonstances et le lieu précis du sinistre,
- Ses causes connues ou présumées,
- La nature et le montant approximatif des dommages,
- Les nom, qualité et adresse des personnes lésées, des tiers et des témoins,
- Le nom des Assureurs avec lesquels une assurance a été contractée pour le même intérêt, contre le même risque ainsi que les sommes assurées,
- Les coordonnées des autorités de Police ou de Gendarmerie ayant établi un rapport ou un procès-verbal du sinistre,
- En cas d'accident corporel subi par l'Assuré, transmettre toute information sur une indemnisation obtenue par ailleurs pour les frais de soins et tous les documents ou renseignements utiles pour fixer le montant de l'indemnisation.
- Tout Assuré qui bénéficie des garanties Accidents Corporels doit se soumettre aux examens médicaux demandés par l'Assureur. Les effets du contrat risquent sinon d'être suspendus à son égard. À cette occasion, il doit déclarer au médecin désigné par l'Assureur tout accident et/ou maladie antérieure lui ayant laissé des séquelles physiologiques définitives.

En cas de non-respect des obligations :

- Si, de bonne foi, l'Assuré ne remplit pas tout ou partie des obligations prévues au présent article et sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assureur

pourra lui réclamer une indemnité proportionnelle au dommage que ce manquement lui aura causé,

- Si, de mauvaise foi, l'Assuré exagère le montant des dommages, emploie sciemment comme justification des moyens frauduleux ou des documents inexacts, ne déclare pas l'existence d'autres assurances portant sur les mêmes risques, il sera entièrement déchu de tout droit à indemnité. Cette déchéance pourra s'appliquer quelle que soit la garantie du contrat concerné.

Le non-respect des délais de déclaration du sinistre entraîne la déchéance de tout droit à garantie si l'Assureur établit l'existence d'un préjudice consécutif à ce retard. Elle ne peut être opposée dans tous les cas où le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.

2. Expertise médicale

Les causes du décès, la date de consolidation, la durée de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail et le taux de l'Atteinte permanente à l'intégrité Physique et Psychique (AIPP) sont déterminés par le médecin expert de l'Assureur. En cas de désaccord sur l'existence, les causes et conséquences du sinistre, le différend peut être soumis à expertise :

- Chaque partie désigne un médecin. Si ceux-ci ne peuvent se mettre d'accord, ils désignent un 3^{ème} comme arbitre,
- Faute par l'une des parties de nommer son médecin ou pour les deux médecins de s'entendre sur le choix du 3^{ème}, la désignation est effectuée à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal de Grande instance du domicile de la victime ; l'autre partie est alors avisée par lettre recommandée,
- Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin et s'il y a lieu la moitié des honoraires du 3^{ème} médecin et des frais relatifs à sa nomination.

Action mettant en cause la responsabilité assurée par le présent contrat

3. Direction du procès

En cas d'action en justice mettant en cause une garantie assurée par ce contrat, l'Assureur intervient de la manière suivante, dans la limite de sa garantie :

- Devant les juridictions civiles, commerciales ou administratives, l'Assureur assume la défense de l'Assuré, dirige le procès et exerce toutes les voies de recours,
- Devant les juridictions pénales, l'Assureur a la faculté, avec l'accord de l'Assuré, de diriger sa défense.

À défaut, l'Assureur peut néanmoins s'y associer et diriger le procès quant aux seuls intérêts civils ; il peut alors exercer toutes les voies de recours, y compris le pourvoi en cassation, lorsque l'Assuré n'est plus susceptible d'être sanctionné pénalement. Dans le cas contraire, il ne peut les exercer qu'avec son accord.

Transaction

Aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction intervenant sans l'accord de l'assureur ne lui est opposable ; n'est cependant pas considéré comme une reconnaissance de responsabilité l'aveu d'un fait matériel ou le seul fait d'avoir procuré à la victime un secours urgent, lorsqu'il s'agit d'un acte d'assistance que toute personne a le devoir légal ou moral d'accomplir.

4. Modalités de gestion de la garantie Défense Pénale et Recours suite à accident

La gestion des sinistres est confiée à un service distinct exerçant uniquement le traitement de ces sinistres. En cas d'appel à un avocat ou à une autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour représenter l'assuré ou servir ses intérêts, l'assuré en a le libre choix. Toutefois, s'il le souhaite, et sur demande écrite de sa part, L'Assureur met un avocat à sa disposition. L'assuré doit obligatoirement être assisté ou représenté par un avocat dès que la partie adverse est défendue par l'un d'entre eux. En cas de conflit d'intérêt entre l'Assuré et l'Assureur, l'assuré a le droit de choisir un avocat ou une autre personne qualifiée pour l'assister. Les frais et honoraires de l'avocat sont réglés directement à l'Assuré sur présentation de facture acquittée. Cependant, à la demande de l'Assuré, les honoraires peuvent être réglés à son avocat si ce dernier bénéficie d'une délégation d'honoraires.

Lorsque l'Assuré a engagé des frais (honoraires, frais de procédure...) antérieurement à la déclaration du sinistre, l'Assureur accepte de procéder au règlement de ses frais dans la limite du plafond de garantie par sinistre indiqué sur l'attestation remise à l'assuré et du plafond de prise

en charge des honoraires d'avocat, dès lors que l'Assuré peut justifier d'une urgence à les avoir engagés. Le plafond de prise en charge des honoraires d'avocat est remis à l'Assuré sur sa demande. Si l'Assureur prend en charge les frais et honoraires des personnes qualifiées pour représenter l'Assuré ou servir ses intérêts devant une quelconque juridiction, les sommes recouvrées au titre des dépens restent acquises à l'Assureur, subrogé dans les droits de l'Assuré.

Les sommes recouvrées au titre de l'article 700 du code de Procédure Civile et ses équivalents devant les autres juridictions sont également acquises à l'Assureur, à concurrence des montants qu'il a exposés, mais elles serviront toutefois à rembourser prioritairement l'Assuré, s'il justifie du règlement de frais et honoraires complémentaires. Si un désaccord subsiste entre l'Assuré et l'Assureur au sujet de mesures à prendre pour régler un différend, l'Assuré a la possibilité :

- Soit de le soumettre à l'appréciation d'une tierce personne désignée par lui et habilitée par la législation ou la réglementation en vigueur à donner des conseils juridiques, ou à défaut désigné par le Président du Tribunal de Grande instance statuant en la forme des référés. Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette procédure sont à la charge de l'Assureur dans la limite du plafond de garantie par sinistre indiqué aux Conditions Particulières.

Toutefois, le Président du Tribunal de Grande instance peut les mettre à la charge de l'Assuré s'il estime que la procédure a été mise en œuvre de façon abusive. Lorsque cette procédure est utilisée, le délai de recours contentieux est suspendu pour toutes les instances juridictionnelles qui sont couvertes par la garantie d'assurance et que l'Assuré est susceptible de faire jouer en demande, jusqu'à ce que la tierce personne chargée de proposer une solution en ait fait connaître la teneur,

- Soit d'engager ou de continuer seul, à ses frais, une procédure contentieuse. S'il obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée par l'Assureur ou par la tierce personne mentionnée ci-dessus, l'Assureur lui remboursera, sur présentation des justificatifs, les frais et honoraires exposés pour l'exercice de cette action, dans les limites du plafond de prise en charge des honoraires d'avocat et du plafond de garantie par sinistre.

5. Règlement de l'indemnité

Les montants maxima des indemnités susceptibles d'être versées à la suite d'un sinistre sont indiqués au

paragraphe III de la présente notice. Si les coûts des sinistres excèdent ces montants, les différences restent à la charge de l'Assuré ou de son représentant légal. Le paiement de l'indemnité intervient dans un délai de 30 jours suivant l'accord amiable ou la décision judiciaire exécutoire. Ce délai, en cas d'opposition, ne court qu'à partir du jour de la mainlevée. Pour les garanties Accidents Corporels le règlement sera versé :

- En cas de décès de l'Assuré, à son conjoint non séparé de corps ou de fait ou à défaut à son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou à défaut à son concubin, ou à défaut, à ses ayants droit, soit directement, soit par l'intermédiaire du notaire chargé de la succession,
- Pour les autres garanties à l'Assuré lui-même ou son représentant légal.

6. Dispositions diverses

Subrogation

En vertu de l'article L. 121-12 du code des Assurances, la subrogation permet à l'assureur d'agir à la place de l'assuré dans ses droits et actions contre tous les responsables des dommages dans la limite des indemnités réglées.

Prescription

Il s'agit du délai au-delà duquel aucune réclamation ne peut plus être présentée. Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par 2 ans à dater de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque, qu'à compter du jour où nous en avons eu connaissance,
- En cas de sinistre, qu'à compter 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 ou son représentant légal contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, qu'à compter du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à 10 ans au profit des bénéficiaires, ayants droit de l'Assuré décédé, pour les garanties des Accidents Corporels. La prescription peut être interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci :

- Citation en justice, même en référé,
- Actes d'exécution forcée à l'encontre de celui que l'on veut empêcher de prescrire,
- Reconnaissance du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer, ainsi que dans les cas ci-après :
- Désignation d'expert à la suite d'un sinistre,
- Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception :
- De l'Assuré ou son représentant légal à l'Assureur pour le règlement de l'indemnité après sinistre,
- De l'Assureur à l'Assuré pour l'action en paiement de la cotisation.

La prescription peut aussi être suspendue par la mise en œuvre des procédures de conciliation ou de médiation prévues au présent contrat.

7. Réclamation et médiation

Si un différend persiste entre vous et nous, vous pouvez vous adresser :

- À notre : Service Sociétaires - La Sauvegarde - 76, rue de Prony 75857 Paris Cedex 17,
- Ou à notre Médiateur : Monsieur le Médiateur de La Sauvegarde - 76, rue de Prony 75857 Paris cedex 17.

Les garanties santé



Les remboursements de la MGAS sont exprimés soit en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire **en incluant la part du celui-ci** ou en Euros. Les remboursements sont versés dans la limite des frais réels engagés et après intervention du Régime Obligatoire ou de tout autre régime complémentaire. **Les remboursements en euros sont versés par année civile et par bénéficiaire**, sauf mention contraire. **Le contrat EMS est un contrat santé «non responsable».**

		RO ¹	EMS
	Consultations, visites et honoraires généralistes/spécialistes signataires ou non de l'OPTAM ²	70%	150%
	Actes techniques médicaux	70%	100%
	Honoraires des auxiliaires médicaux	60%	160%
	Analyses et examens de laboratoires	60%	100%
	Actes d'anatomie et de cytologie pathologique	70%	100%
	Imagerie médicale	70%	100%
	Pharmacie prise en charge par le Régime Obligatoire	15% - 30% - 65%	100%
	<u>Soins remboursés par le Régime Obligatoire ³</u>		
	Consultations	70%	150%
	Soins dentaires	70%	175%
	Inlay, Onlay	70%	350%
	<u>Soins prothétiques remboursés par le Régime Obligatoire ³</u>		
	Prothèses dentaires (y compris Inlay Core et réparations)	70%	350%
	<u>Soins prothétiques non remboursés par le Régime Obligatoire ³</u>		
	Prothèses dentaires, hors implantologie	-	175€/an
	<u>Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire ³</u>		
	Traitement d'orthodontie, contention, surveillance	70% - 100%	225%
	<u>Orthodontie refusée par le Régime Obligatoire ³</u>		
	Traitement ⁴	-	225%
	Équipement optique : Monture + 2 verres ^{5,6}	60%	275 €
	Chirurgie réfractive (pour la myopie uniquement)	-	125€/œil
	Grand appareillage et véhicules pour handicapés	60% - 100%	100%
	Petit appareillage, pansements, accessoires, orthopédie, orthèses	60% - 65%	175%
	Prothèse auditive, y compris forfait d'entretien et accessoires (par an)	60%	100% + 325€/an
	Piles pour appareils auditifs, non prises en charge par le Régime Obligatoire	-	20€/an
	Frais de séjour, salle d'opération ⁷	80%	100%
	Honoraires en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO) - Praticiens signataires ou non de l'OPTAM ^{2,7}	80%	150%
	Participation forfaitaire pour les actes lourds	-	Frais réel
	<u>Forfait journalier hospitalier</u>		
	MCOO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Odontologie) et SSR (Services de Soins et de Réadaptation) - dans la limite de 150 jours / an	-	Frais réel
	<u>Autres forfaits journaliers : dans la limite de 20j/an</u>		
	MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) ou psychiatrie	-	Frais réel
	FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé)	-	18€/j
	Chambre particulière - Hors ambulatoire et psychiatrie ⁸	-	40€/j - 30j/an
	Frais d'accompagnement : lit accompagnant et repas pris à l'hôpital ou en clinique - Hors frais de transport	-	45€/j - 30j/an
	Frais de transport pris en charge par le Régime Obligatoire	65%	100%
	Frais de transport refusés par le Régime Obligatoire ⁹	-	180€/an
	Cure thermale acceptée par le Régime Obligatoire : honoraires médicaux, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement	65%	100%
	Médecine douce : ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, acupuncteur, ergothérapeute, pédicure, podologue ¹⁰	-	110€/an
	Nutritionniste ¹¹	-	80€/an
	Ostéodensitométrie prise en charge ou non par le Régime Obligatoire	70% - 0%	80€/an
	Vaccins prévus au calendrier vaccinal ¹²	65% - 100%	Frais réel
	Vaccins prescrits non pris en charge par le Régime Obligatoire	-	80€/an
	Coût du certificat médical lié à la mesure de protection (par certificat, tous les 5 ans)	-	160 €

1. Les taux RO indiqués sont ceux du Régime Général Obligatoire. Ils sont donnés à titre indicatif et sont susceptibles d'évoluer en fonction de la législation. Le remboursement du Régime Obligatoire local d'Alsace Moselle est supérieur à celui du Régime Général.
2. OPTAM : Option Tarifaire Maîtrisée. Dans le cadre d'un contrat Responsable et Solidaire, les taux de remboursement diffèrent selon l'adhésion à l'OPTAM du praticien. 3. Seuls les actes figurant dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) sont pris en charge. 4. Participation exprimée en pourcentage de la base de remboursement reconstituée selon la nature et la codification NGAP ou CCAM de l'acte s'il avait été pris en charge par le Régime Obligatoire. 5. Le remboursement est limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans, à compter de la date d'achat du premier élément de l'équipement, par bénéficiaire, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue. Les montants indiqués incluent le ticket modérateur quand il existe. 6. La participation de la Mutuelle pour la monture ne peut excéder 150€. 7. L'hospitalisation doit faire l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire. 8. À l'exclusion de la chambre particulière en Maison d'Enfants à Caractère Sanitaire (MECS). 9. Pour motif médical ou lors du renouvellement du certificat lié à la mesure de protection uniquement. 10. Forfait annuel pour l'ensemble des spécialités. Praticiens diplômés de la discipline et titulaires d'un numéro Adeli / RPSS (lorsqu'applicable pour la spécialité). 11. Praticiens diplômés de la discipline et titulaires d'un numéro Adeli / RPSS. 12. Vaccins du calendrier vaccinal : diphtérie, tétanos, poliomyélite, rougeole, oreillons, rubéole, coqueluche, BCG, hépatite B, infections invasives à haemophilus influenzae

ASSURANCE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

mgas
MUTUELLE | SANTÉ PRÉVOYANCE SERVICES

MGAS- Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité - enregistrée au répertoire SIREN sous le numéro SIREN 784 301 475

Siège social : 96 Avenue de Suffren - 75730 Paris Cedex 15

PRODUIT : EMS

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. 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?

Ce contrat 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 des prestations en nature de la Sécurité sociale. Le produit respecte les conditions légales et réglementaires des contrats responsables".



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 SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ Hospitalisation et maternité : honoraires, frais de séjours, forfait journalier hospitalier, franchise pour les actes lourds, chambre particulière, frais d'accompagnant
- ✓ Soins courants: Consultations, visites, actes techniques médicaux, honoraires des auxiliaires médicaux, radiologie, actes d'anatomie et de cytologie pathologique, analyses et examens de laboratoire, radiologie frais de transport pris en charge ou non par le RO, cures thermales pris en charge par le RO.
- ✓ Optique: Equipements optiques (monture et verres), chirurgie réfractive pour la myopie.
- ✓ Dentaire: Soins dentaires, Inlay et Onlay, prothèses dentaires prises en charge par le RO, prothèses dentaires non remboursées par le RI, orthodontie prise en charge ou non par le RO.
- ✓ Pharmacie: médicaments remboursés par le RO, vaccins du calendrier vaccinal, vaccins antigrippe, vaccins prescrits non pris en charge par le RO.
- ✓ Appareillage: prothèses auditives; grand appareillage et véhicules pour handicapés, petit appareillage, pansements, accessoires, orthopédies, orthèses.
- ✓ Médecine douce : ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, acupuncteur, ergothérapeute, pédicure, podologue, nutritionniste, Ostéodensitométrie prise en charge par le RO.

LES SERVICES SYTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Tiers payant
- ✓ Réseau de soins
- ✓ Responsabilité Civile (RC) Scolaire
- ✓ Action sociale

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance à domicile.
- ✓ Soutien à la famille

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les soins et les frais non remboursés par le régime obligatoire d'assurance maladie et non expressément prévus dans le descriptif de la garantie.

La liste de ce qui n'est pas assuré n'est pas exhaustive, se référer au Règlement mutualiste



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! les dépenses liées à des hospitalisations en établissements médico-sociaux tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), les Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes et Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire (MECS).

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Prise en charge des frais d'accompagnant limitée à l'accompagnement d'un enfant de moins de 16.
- ! Chambre particulière : prise en charge limitée à 60 par an en psychiatrie et 90 jours par an en soins de suite et réadaptation
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! Implants racines: prise en charge limitée à 2 implants racines par an.

La liste des exclusions n'est pas exhaustive, se référer au Règlement mutualiste



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Remboursement des soins : en France Métropolitaine, DROM, COM (Département d'Outre- Mer, Collectivités d'Outre-Mer) et Nouvelle Calédonie et à l'étranger. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ Réseau de soins: en France.
- ✓ RC Scolaire: en France et dans le monde si le stage ou le voyage à l'étranger n'excède pas 90 jours consécutifs.
- ✓ Assistance: en France, en principauté d'Andorre et en principauté de Monaco.



Quelles sont mes obligations ?

A l'adhésion :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par La Mutuelle,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au certificat de garanties.

En cours d'adhésion :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins,
- Informer la Mutuelle des événements suivants, par courrier postal ou électronique, dans les deux mois qui suivent la connaissance qu'il a de l'un des événements suivants :
 - Modification de la situation familiale : mariage, naissance, séparation de corps, divorce, décès,
 - Modification de la situation administrative : mutation, changement d'échelon, de grade et d'indice, congé parental, congé de formation professionnelle, passage à la retraite.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au certificat de garanties.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables mensuellement à terme échu par le Membre participant, à la date indiquée dans le contrat.
Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique sur compte bancaire



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

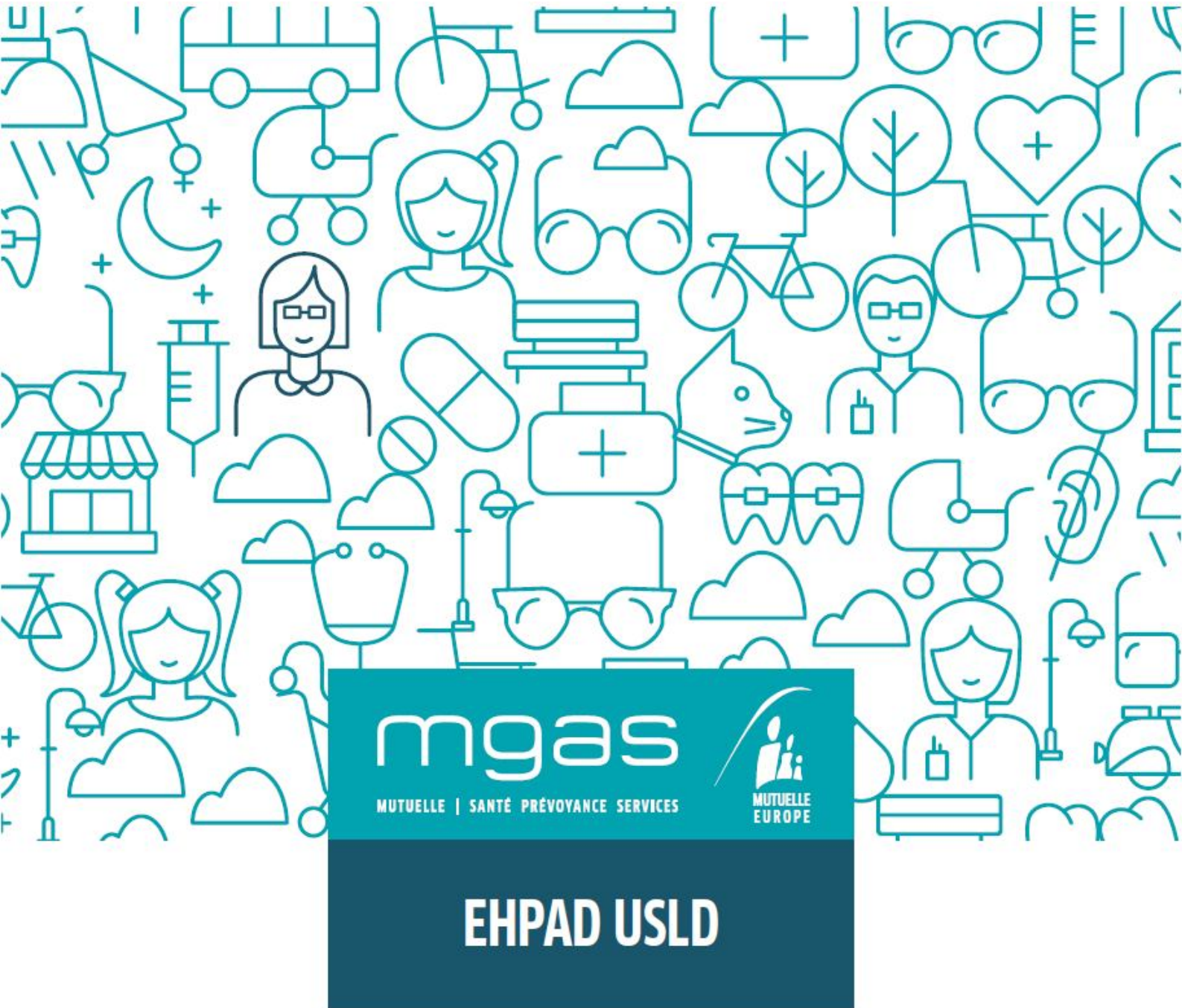
La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au bulletin d'adhésion. À compter de la prise d'effet de l'adhésion du Membre participant au contrat collectif ou à compter de la date de réception par le Membre Participant des conditions contractuelles et des informations obligatoires en cas de vente à distance si cette réception est postérieure, le Membre Participant dispose d'un délai de trente jours calendaires (en ce inclus le délai de 14 jours en matière de démarchage ou de vente à distance) pour renoncer à son adhésion sans donner de motif ni supporter de pénalités.

L'adhésion au contrat est conclue jusqu'au 31 Décembre de l'année de sa prise d'effet et se renouvelle par la suite automatiquement d'année en année sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat est résiliable dans les cas et conditions prévus au contrat. Il peut notamment être résilié sans justificatif, chaque année à la date de l'échéance principale, moyennant un préavis de deux mois par lettre recommandée postale ou électronique, auprès de la Mutuelle.



Annexe 7 - EHPAD USLD : Tableaux des garanties Frais de soins - Document d'information préalable

Les garanties santé



Les remboursements de la MGAS sont exprimés soit en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire en incluant la part de celui-ci ou en euros. Les remboursements sont versés dans la limite des frais réels engagés et après intervention du Régime Obligatoire ou de tout autre régime complémentaire. Les remboursements en euros sont versés par année civile et par bénéficiaire, sauf mention contraire. Les remboursements sont solidaires et responsables ; ils répondent aux exigences de la réglementation en vigueur en termes de planchers et plafonds (loi de Sécurisation de l'emploi (Décret du 8 septembre 2014) et Contrat responsable (18 novembre 2014)).

		RO ¹	EUR 1	EUR 2	EUR 3	EUR 4	EUR 5
	Consultations, visites et honoraires généralistes/spécialistes signataires de l'OPTAM ²	70%	125%	150%	175%	200%	250%
	Consultations, visites et honoraires généralistes/spécialistes non signataires de l'OPTAM ²	70%	100%	125%	150%	175%	200%
	Actes techniques médicaux praticiens signataires ou non de l'OPTAM ²	70%	100%	100%	100%	100%	100%
	Honoraires des auxiliaires médicaux	60%	100%	100%	100%	100%	100%
	Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%	100%	100%	100%
	Actes d'anatomie et de cytologie pathologique	70%	100%	100%	100%	100%	100%
	Imagerie médicale - Praticiens signataires ou non de l'OPTAM ²	70%	100%	100%	100%	100%	100%
	Pharmacie prise en charge par le Régime Obligatoire	15 - 30 - 65%	100%	100%	100%	100%	100%
	<u>Soins remboursés par le Régime Obligatoire ³</u>						
	Consultation	70%	125%	150%	175%	200%	250%
	Soins dentaires	70%	125%	150%	175%	200%	250%
	Inlay, onlay	70%	150%	175%	275%	325%	350%
	<u>Soins prothétiques remboursés par le Régime Obligatoire ³</u>						
	Prothèses dentaires (y compris réparations et Inlay Core)	70%	150%	175%	275%	325%	350%
	<u>Soins prothétiques non remboursés par le Régime Obligatoire ³</u>						
	Prothèses dentaires - hors implantologie	-	50€/an	75€/an	175€/an	225€/an	250€/an
	<u>Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire ³</u>						
	Traitement d'orthodontie, contention, surveillance	70 - 100%	150%	175%	200%	250%	300%
	<u>Orthodontie refusée par le Régime Obligatoire ³</u>						
	Traitement d'orthodontie, contention ⁴	-	150%	175%	200%	250%	300%
	Monture + 2 verres ⁵	60%	200€	225€	275€	375€	425€
	Lentilles prises en charge par le Régime Obligatoire	60%	100%	100%	100%	100%	100%
	Chirurgie réfractive (myopie uniquement)	-	100€/œil	110€/œil	125€/œil	225€/œil	325€/œil
	Grand appareillage et véhicules pour handicapés	65 - 100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Petit appareillage, pansements, accessoires, orthopédie, orthèses	60% - 65%	125%	150%	175%	225%	275%
	Prothèses auditives, y compris forfait d'entretien, fournitures et accessoires (par an)	60%	100% + 100€/an	100% + 150€/an	100% + 325€/an	100% + 750€/an	100% + 1050€/an
	Piles pour appareil auditif non prises en charge par le Régime Obligatoire	-	10€/an	15€/an	20€/an	25€/an	30€/an
	Frais de séjour, salle d'opération	80%	100%	100%	100%	100%	100%
	Honoraires en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO) - Praticiens signataires de l'OPTAM ²	80%	125%	150%	175%	200%	250%
	Honoraires en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO) - Praticiens non signataires de l'OPTAM ²	80%	100%	125%	150%	175%	200%
	Forfait journalier hospitalier ⁶	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Participation forfaitaire pour les actes lourds	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Chambre particulière - Hors ambulatoire et psychiatrie ⁶	-	25€/j - 10j/an	35€/j - 30j/an	45€/j - 30j/an	55€/j - 30j/an	65€/j - 30j/an
	Frais de télévision	-	-	-	-	-	5€/j - 10j/an
	Frais d'accompagnement : lit d'accompagnant et repas pris à l'hôpital ou en clinique - Hors frais de transport	-	45€/j - 30j/an	45€/j - 30j/an	45€/j - 30j/an	45€/j - 30j/an	45€/j - 30j/an

1. Les taux RO indiqués sont ceux du Régime Général Obligatoire. Ils sont donnés à titre indicatif et sont susceptibles d'évoluer en fonction de la législation. Le remboursement du Régime Obligatoire local d'Alsace Moselle est supérieur à celui du régime général. 2. OPTAM : Option Tarifaire Maîtrisée. Dans le cadre d'un contrat Responsable et Solidaire, les taux de remboursement diffèrent selon l'adhésion à l'OPTAM du praticien. 3. Seuls les actes figurant dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) sont pris en charge. 4. Participation exprimée en pourcentage de la base de remboursement reconstituée selon la nature et la codification NGAP ou CCAM de l'acte s'il avait été pris en charge par le Régime Obligatoire. 5. Le remboursement est limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans, à compter de la date d'achat du premier élément de l'équipement, par bénéficiaire, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue. Les montants indiqués incluent le ticket modérateur quand il existe. La prise en charge de la monture est limitée à 150€. 6. Sont exclues les dépenses liées à des hospitalisations non prises en charge par le Régime Obligatoire, ou en établissements médico-sociaux tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), les Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes et Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire (MECS).

ASSURANCE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance



MGAS- Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité - enregistrée au répertoire SIREN sous le numéro SIREN 784 301 475
Siège social : 96 Avenue de Suffren - 75730 Paris Cedex 15

PRODUIT : EHPAD USLD

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. 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?

Ce contrat 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 des prestations en nature de la Sécurité sociale. Le produit respecte les conditions légales et réglementaires des contrats responsables".



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 et à celle des éventuels bénéficiaires.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjours, forfait journalier, franchise pour les actes lourds, frais d'accompagnant, frais de transport.
- ✓ **Soins courants**: consultations, visites, actes techniques médicaux et d'imagerie, honoraires des auxiliaires médicaux, radiologie, analyses et examens de laboratoire, actes d'anatomie et de cytologie pathologique.
- ✓ **Optique**: lunettes (monture et verres), lentilles prises en charge par le Régime Obligatoire, chirurgie réfractive pour myopie.
- ✓ **Dentaire**: soins dentaires, inlay et onlay, soins prothétiques remboursées par le régime obligatoire, prothèses dentaires non remboursées par le régime obligatoire, orthodontie remboursée ou non par le régime obligatoire.
- ✓ **Pharmacie**: pharmacie remboursée par le régime obligatoire.
- ✓ **Appareillage**: pansements, accessoires, orthopédie, orthèses et véhicules pour handicapés, orthopédie, prothèses auditives.
- ✓ **Médecine douce** : ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, acupuncteur, ergothérapeute, pédicure, podologue, contraception, vaccins non pris en charge par le régime obligatoire, ostéodensitométrie.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Hospitalisation: Chirurgie réfractive

LES SERVICES SYTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Tiers payant
- ✓ Réseau de soins
- ✓ Responsabilité Civile (RC) Scolaire
- ✓ Action sociale

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance à domicile.
- ✓ Soutien à la famille

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les soins et les frais non remboursés par le régime obligatoire d'assurance maladie et non expressément prévus dans le descriptif de la garantie.

La liste de ce qui n'est pas assuré n'est pas exhaustive, se référer au Règlement mutualiste



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! les dépenses liées à des hospitalisations en établissements médico-sociaux tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), les Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes et Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire (MECS).

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Prise en charge des frais d'accompagnant limitée à l'accompagnement d'un enfant de moins de 16.
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.

La liste des exclusions n'est pas exhaustive, se référer au Règlement mutualiste



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Remboursement des soins : en France Métropolitaine, DROM, COM (Département d'Outre- Mer, Collectivités d'Outre-Mer) et Nouvelle Calédonie et à l'étranger. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ Réseau de soins: en France.
- ✓ RC Scolaire: en France et dans le monde si le stage ou le voyage à l'étranger n'excède pas 90 jours consécutifs.
- ✓ Assistance: en France, en principauté d'Andorre et en principauté de Monaco.



Quelles sont mes obligations ?

A l'adhésion :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par La Mutuelle,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au certificat de garanties.

En cours d'adhésion :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins,
- Informer la Mutuelle des événements suivants, par courrier postal ou électronique, dans les deux mois qui suivent la connaissance qu'il a de l'un des événements suivants :
 - Modification de la situation familiale : mariage, naissance, séparation de corps, divorce, décès,
 - Modification de la situation administrative : mutation, changement d'échelon, de grade et d'indice, congé parental, congé de formation professionnelle, passage à la retraite.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au certificat de garanties.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables mensuellement à terme échu par le Membre participant, à la date indiquée dans le contrat. Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique sur compte bancaire



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

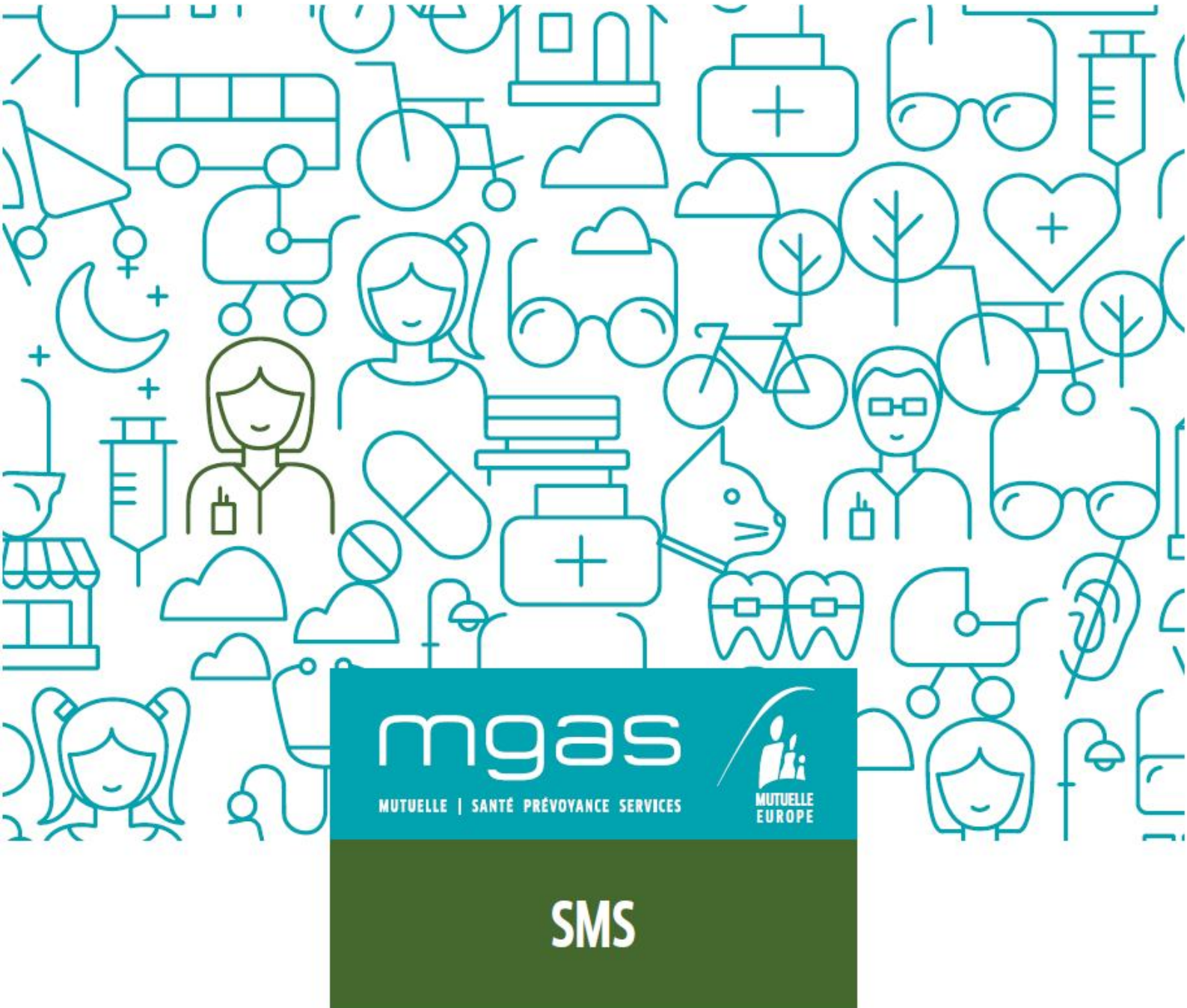
La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au bulletin d'adhésion. À compter de la prise d'effet de l'adhésion du Membre participant au contrat collectif ou à compter de la date de réception par le Membre Participant des conditions contractuelles et des informations obligatoires en cas de vente à distance si cette réception est postérieure, le Membre Participant dispose d'un délai de trente jours calendaires (en ce inclus le délai de 14 jours en matière de démarchage ou de vente à distance) pour renoncer à son adhésion sans donner de motif ni supporter de pénalités.

L'adhésion au contrat est conclue jusqu'au 31 Décembre de l'année de sa prise d'effet et se renouvelle par la suite automatiquement d'année en année sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat est résiliable dans les cas et conditions prévus au contrat. Il peut notamment être résilié sans justificatif, chaque année à la date de l'échéance principale, moyennant un préavis de deux mois par lettre recommandée postale ou électronique, auprès de la Mutuelle.



Annexe 8 – SMS : Tableaux des garanties Frais de soins - Document d'information préalable

Les garanties santé



Les remboursements de la MGAS sont exprimés soit en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire, en incluant la part du celui-ci, ou en euros. Les remboursements sont versés dans la limite des frais réels engagés et après intervention du Régime Obligatoire ou de tout autre régime complémentaire. Les remboursements en euros sont versés par année civile et par bénéficiaire, sauf mention contraire. Les remboursements sont solidaires et responsables ; ils répondent aux exigences de la réglementation en vigueur en termes de planchers et plafonds (Articles L871-1, R871-1 et R871-2 du code de la Sécurité sociale).

		RO ¹	SMS	
	Consultations, visites, actes techniques médicaux généralistes/spécialistes signataires de l'OPTAM ²	70%	200%	
	Consultations, visites, actes techniques médicaux généralistes/spécialistes non signataires de l'OPTAM ²	70%	175%	
	Actes techniques médicaux - Praticiens signataires de l'OPTAM ²	70%	180%	
	Actes techniques médicaux - Praticiens non signataires de l'OPTAM ²	70%	155%	
	Actes de chirurgie en cabinet - Praticiens signataires de l'OPTAM ²	70%	300%	
	Acte de chirurgie en cabinet - Praticiens non signataires de l'OPTAM ²	70%	200%	
	Honoraires des auxiliaires médicaux	60%	150%	
	Analyses et examens de laboratoires	60%	150%	
	Actes d'anatomie et de cytologie pathologique	70%	150%	
	Imagerie médicale - Praticiens signataires de l'OPTAM ²	70%	150%	
	Imagerie médicale - Praticiens non signataires de l'OPTAM ²	70%	125%	
	Pharmacie prise en charge par le Régime Obligatoire	15% - 30% - 65%	100%	
	Soins remboursés par le Régime Obligatoire ³			
	Consultation	70%	200%	
	Soins dentaires	70%	150%	
	Inlay, Onlay	70%	400%	
	Soins prothétiques remboursés par le Régime Obligatoire ³			
	Prothèses dentaires dont Inlay Core et réparations	70%	400%	
	Soins prothétiques non remboursés par le Régime Obligatoire ³			
		Prothèses dentaires hors implantologie	-	325 €/an
Plafond annuel (prothèses prises ou non en charge ou non par le Régime Obligatoire et orthodontie)		2000 €		
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire ³				
Traitement d'orthodontie, contention, surveillance		70% - 100%	300%	
Monture ⁴		60%	150€	
Verre simple (montant par verre) ⁴		60%	150€	
Verre complexe ou très complexe (montant par verre) ⁴		60%	200€	
Lentilles prise en charge ou non par le Régime Obligatoire ⁵		60%	150€/an	
		Petit et grand appareillage : pansements, accessoires, orthopédie, orthèses et véhicules pour handicapés	60 - 65 - 100%	100% + 800€/an
		Orthopédie (petit et grand appareillage)	60%	100% + 800€/an
	Frais de séjour, salle d'opération ⁶	80%	100%	
	Honoraires en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO) - Praticiens signataires de l'OPTAM ^{2,6}	80%	300%	
	Honoraires en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO) - Praticiens non signataires de l'OPTAM ^{2,6}	80%	200%	
	Forfait journalier hospitalier ⁶	-	Frais réels	
	Participation forfaitaire pour les actes lourds ⁶	-	Frais réels	
	Chambre particulière - Hors ambulatoire et psychiatrie ⁶	-	75€/j - 30j/an	
	Frais d'accompagnement d'un enfant hospitalisé, jusqu'à 16 ans inclus : lit accompagnant - Hors frais de repas et de transport ⁶	-	Frais réels - 30j/an	
		Frais de transport acceptés par le Régime Obligatoire	65%	100%
	Forfait thermal, honoraires médicaux, frais de transport et d'hébergement ⁷	65%	100% + 350€/an	
	Médecine douce : ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, acupuncteur, ergothérapeute, pédicure, podologue ⁸	-	55€/acte - max 2 actes/an	
	Contraception (sur prescription médicale)	-	60 €/an	
	Vaccins prévus au calendrier ⁹	65%	100%	
	Vaccins prescrits non pris en charge par le Régime Obligatoire	-	Frais réel	
	Ostéodensitométrie prise en charge par le Régime Obligatoire (tous les 6 ans)	70%	100% + 75€	

1. Les taux RO indiqués sont ceux du Régime Général Obligatoire. Ils sont donnés à titre indicatif et sont susceptibles d'évoluer en fonction de la législation. Le remboursement du Régime Obligatoire local d'Alsace Moselle est supérieur à celui du Régime Général. 2. OPTAM : Option Tarifaire Maîtrisée. Dans le cadre d'un contrat Responsable et Solidaire, les taux de remboursement diffèrent selon l'adhésion à l'OPTAM du praticien. 3. Seuls les actes figurant dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) sont pris en charge. 4. Le remboursement est limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans, à compter de la date d'achat du premier élément de l'équipement, par bénéficiaire, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue. Les montants indiqués incluent le ticket modérateur quand il existe. 5. À l'exclusion des produits d'entretien, accessoires, forfait d'adaptation et des lentilles de couleur non correctrices. 6. Sont exclues les dépenses liées à des hospitalisations non prises en charge par le Régime Obligatoire, ou en établissements médico-sociaux tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), les Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes et Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire (MECS). 7. La cure thermique doit être prise en charge par le Régime Obligatoire. Le forfait est versé sans conditions de ressources, sur présentation de l'attestation de cure thermique accompagnée des justificatifs. 8. Forfait annuel pour l'ensemble des spécialités. Praticiens diplômés de la discipline et titulaires d'un numéro Adeli / RPSS (lorsqu'applicable pour la spécialité). 9. Vaccins du calendrier vaccinal : diphtérie, tétanos, poliomyélite, rougeole, oreillons, rubéole, coqueluche, BCG, hépatite B, infections invasives à haemophilus influenzae.

ASSURANCE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

mgas
MUTUELLE | SANTÉ PRÉVOYANCE SERVICES

MGAS- Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité - enregistrée au répertoire SIREN sous le numéro SIREN 784 301 475

Siège social : 96 Avenue de Suffren - 75730 Paris Cedex 15

PRODUIT : SMS

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. 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?

Ce contrat 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 des prestations en nature de la Sécurité sociale. Le produit respecte les conditions légales et réglementaires des contrats responsables".



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 et à celle des éventuels bénéficiaires.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ Hospitalisation et maternité : honoraires, frais de séjours, forfait journalier, franchise pour les actes lourds, frais d'accompagnant.
- ✓ Soins courants: consultations, visites, actes techniques médicaux et d'imagerie, honoraires des auxiliaires médicaux et sages-femmes, radiologie, analyses et examens de laboratoire.
- ✓ Optique: lunettes (monture et verres), lentilles remboursées par le régime obligatoire.
- ✓ Dentaire: soins dentaires, inlay et onlay, soins prothétiques remboursés par le régime obligatoire, prothèses dentaires non remboursées par le régime obligatoire, orthodontie remboursée par le régime obligatoire.
- ✓ Pharmacie: pharmacie remboursée par le régime obligatoire.
- ✓ Appareillage: pansements, accessoires, orthopédie, orthèses et véhicules pour handicapés, orthopédie
- ✓ Médecine douce : ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, acupuncteur, ergothérapeute, pédicure, podologue, contraception, vaccins non pris en charge par le régime obligatoire, ostéodensitométrie.

LES SERVICES SYTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Tiers payant
- ✓ Réseau de soins
- ✓ Responsabilité Civile (RC) Scolaire
- ✓ Action sociale

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance à domicile.
- ✓ Soutien à la famille

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les soins et les frais non remboursés par le régime obligatoire d'assurance maladie et non expressément prévus dans le descriptif de la garantie.

La liste de ce qui n'est pas assuré n'est pas exhaustive, se référer au Règlement mutualiste.



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! les dépenses liées à des hospitalisations en établissements médico-sociaux tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), les Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes et Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire (MECS).

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Prise en charge des frais d'accompagnant limitée à l'accompagnement d'un enfant de moins de 16.
- ! Chambre particulière : prise en charge limitée à 60 par an en psychiatrie et 90 jours par an en soins de suite et réadaptation
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! Implants racines: prise en charge limitée à 2 implants racines par an.

La liste des exclusions n'est pas exhaustive, se référer au Règlement mutualiste.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Remboursement des soins : en France Métropolitaine, DROM, COM (Département d'Outre- Mer, Collectivités d'Outre-Mer) et Nouvelle Calédonie et à l'étranger. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ Réseau de soins: en France.
- ✓ RC Scolaire: en France et dans le monde si le stage ou le voyage à l'étranger n'excède pas 90 jours consécutifs.
- ✓ Assistance: en France, en principauté d'Andorre et en principauté de Monaco.



Quelles sont mes obligations ?

A l'adhésion :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par La Mutuelle,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au certificat de garanties.

En cours d'adhésion :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins,
- Informer la Mutuelle des événements suivants, par courrier postal ou électronique, dans les deux mois qui suivent la connaissance qu'il a de l'un des événements suivants :
 - Modification de la situation familiale : mariage, naissance, séparation de corps, divorce, décès,
 - Modification de la situation administrative : mutation, changement d'échelon, de grade et d'indice, congé parental, congé de formation professionnelle, passage à la retraite.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au certificat de garanties.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables mensuellement à terme échu par le Membre participant, à la date indiquée dans le contrat. Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique sur compte bancaire



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au bulletin d'adhésion. À compter de la prise d'effet de l'adhésion du Membre participant au contrat collectif ou à compter de la date de réception par le Membre Participant des conditions contractuelles et des informations obligatoires en cas de vente à distance si cette réception est postérieure, le Membre Participant dispose d'un délai de trente jours calendaires (en ce inclus le délai de 14 jours en matière de démarchage ou de vente à distance) pour renoncer à son adhésion sans donner de motif ni supporter de pénalités.

L'adhésion au contrat est conclue jusqu'au 31 Décembre de l'année de sa prise d'effet et se renouvelle par la suite automatiquement d'année en année sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat est résiliable dans les cas et conditions prévus au contrat. Il peut notamment être résilié sans justificatif, chaque année à la date de l'échéance principale, moyennant un préavis de deux mois par lettre recommandée postale ou électronique, auprès de la Mutuelle.



Les garanties santé

Les remboursements de la MGAS sont exprimés soit en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire en incluant la part du celui-ci ou en Euros. Les remboursements sont versés dans la limite des frais réels engagés et après intervention du Régime Obligatoire ou de tout autre régime complémentaire. Les remboursements en euros sont versés par année civile et par bénéficiaire, sauf mention contraire. Le contrat DOMPRO est un contrat santé «non responsable».



		RO ¹	DOMPRO 1	DOMPRO 2
	Consultations, visites, actes techniques médicaux - généralistes/spécialistes signataires de l'OPTAM ²	70%	100%	150%
	Consultations, visites, actes techniques médicaux - généralistes/spécialistes non signataires de l'OPTAM ²	70%	100%	125%
	Honoraires des auxiliaires médicaux	60%	100%	130%
	Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%
	Actes d'anatomie et de cytologie pathologique	70%	100%	100%
	Imagerie médicale (praticiens signataires ou non de l'OPTAM) ²	70%	100%	100%
	Pharmacie prise en charge par le Régime Obligatoire	15% - 30% - 65%	100%	100%
	Soins remboursés par le Régime Obligatoire ³			
	Soins dentaires	70%	100%	100%
	Inlay Onlay	70%	150%	275%
	Soins prothétiques remboursés par le Régime Obligatoire ³			
	Prothèses dentaires y compris Inlay Core et réparations	70%	150%	275%
	Soins prothétiques non remboursés par le Régime Obligatoire ⁴			
	Prothèses dentaires, implants et parodontologie (par an)	-	50€/an	200€/an
	Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire ³			
	Traitement d'orthodontie, contention, surveillance	70% - 100%	150%	300%
	Monture ⁵	60%	50€	50€
	Verre simple (montant par verre) ⁵	60%	50€	100€
	Verre complexe ou très complexe (montant par verre) ⁵	60%	75€	120€
	Chirurgie réfractive (pour la myopie uniquement)	-	-	140€/œil/an
	Grand appareillage et véhicules pour handicapés physiques	65% - 100%	100%	175%
	Petit appareillage, pansements, accessoires, orthopédie, orthèses	60% - 65%	100%	175%
	Prothèses auditives, y compris forfait d'entretien et accessoires (par an)	60%	100% + 100€/an	100% + 325€/an
	Frais de séjour, salle d'opération ⁶	80%	100%	100%
	Honoraires en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO)- Praticiens signataires de l'OPTAM ^{2 6}	80%	100%	175%
	Honoraires en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO)- Praticiens non signataires de l'OPTAM ^{2 6}	80%	100%	150%
	Participation forfaitaire pour les actes lourds ⁶	-	Frais réels	Frais réels
	Forfait journalier hospitalier ⁶ : MCOO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Odontologie) et SSR (Service de Soins et de Réadaptation)	-	100€/an	150€/an
	Autres forfaits journaliers ⁶ : Psychiatrie	-	30€/an	35€/an
	Chambre particulière - Hors ambulatoire et psychiatrie ⁶	-	25€/j - 40€/an	40€/j - 40€/an
	Frais d'accompagnement d'un enfant ou d'un conjoint : lit accompagnant et repas pris à l'hôpital ou en clinique - Hors frais de transport	-	20€/j - 40€/an	20€/j - 40€/an
	Frais de transport acceptés par le Régime Obligatoire	65%	100%	100%
	Frais de transport refusés par le Régime Obligatoire ⁷	-	100€/an	180€/an
	Forfait thermal, honoraires médicaux, frais d'hébergement et de transport ⁸	65%	100% + 100€/an	100% + 175€/an
	Médecine douce : ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, acupuncteur, ergothérapeute, pédicure, podologue ⁹ (dans la limite de 5 actes/an)	-	20€/acte	23€/acte
	Bilan nutritionnel ¹⁰	-	80€/an	80€/an
	Sevrage tabagique	-	80€/an	80€/an
	Vaccins prévus au calendrier ¹¹	65% - 100%	Frais réels	Frais réels
	Vaccins prescrits non pris en charge par le Régime Obligatoire	-	80€/an	125€/an
	Contraception (sur prescription médicale)	-	75€/an	75€/an
	Ostéodensitométrie prise en charge ou non par le Régime Obligatoire (tous les 6 ans)	70% - 0%	100%	100% + 125€/an
	Coût du certificat médical lié à la mesure de protection (par certificat, tous les 5 ans)	-	150 €	150 €

1. Les taux RO indiqués sont ceux du Régime Général Obligatoire. Ils sont donnés à titre indicatif et sont susceptibles d'évoluer en fonction de la législation. Le remboursement du Régime Obligatoire local d'Alsace Moselle est supérieur à celui du régime général. 2. OPTAM : Option Tarifaire Maltrisée. Dans le cadre d'un contrat Responsable et Solidaire, les taux de remboursement diffèrent selon l'adhésion à l'OPTAM du praticien. 3. Seuls les actes figurant dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) sont pris en charge. 4. À l'exclusion des facettes dentaires - La prise en charge de l'implant se fait uniquement sur l'implant racine, à l'exclusion du pilier implantaire et de tout autre accastillage. Les actes de parodontologie doivent figurer à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). 5. Le remboursement est limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans, à compter de la date d'achat du premier élément de l'équipement, par bénéficiaire, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue. Les montants indiqués incluent le ticket modérateur quand il existe. 6. L'hospitalisation doit faire l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire, à l'exclusion des dépenses liées à des séjours en établissements médico-sociaux tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), en établissements d'hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes et en Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire (MECS). 7. Pour motif médical ou lors du renouvellement du certificat lié à la mesure de protection uniquement. 8. La cure thermique doit être prise en charge par le Régime Obligatoire. Le forfait est versé sans conditions de ressources, sur présentation de l'attestation de cure thermique accompagnée des justificatifs. 9. Forfait annuel pour l'ensemble des spécialités. Praticiens diplômés de la discipline et titulaires d'un numéro Adeli / RPSS (lorsqu'applicable pour la spécialité). 10. Praticiens diplômés de la discipline et titulaires d'un numéro Adeli / RPSS. 11. Vaccins du calendrier vaccinal : diphtérie, tétanos, poliomyélite, rougeole, oreillons, rubéole, coqueluche, BCG, hépatite B, infections invasives à haemophilus influenzae.

ASSURANCE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

mgas

MUTUELLE | SANTÉ PRÉVOYANCE SERVICES

MGAS- Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité - enregistrée au répertoire SIREN sous le numéro SIREN 784 301 475

Siège social : 96 Avenue de Suffren - 75730 Paris Cedex 15

PRODUIT : DOMPRO

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. 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 ?

Ce contrat 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 des prestations en nature de la Sécurité sociale.



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 et à celle des éventuels bénéficiaires.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjours, forfait journalier, franchise pour les actes lourds, frais d'accompagnant, frais de transport.
- ✓ **Soins courants** : consultations, visites, actes techniques médicaux et d'imagerie, honoraires des auxiliaires médicaux, radiologie, analyses et examens de laboratoire, actes d'anatomie et de cytologie pathologique.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres).
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, inlay et onlay, soins prothétiques remboursés par le régime obligatoire, prothèses dentaires non remboursées par le régime obligatoire, implants, parodontologie, orthodontie remboursée par le régime obligatoire.
- ✓ **Pharmacie** : pharmacie remboursée par le régime obligatoire.
- ✓ **Appareillage** : pansements, accessoires, orthopédie, orthèses et véhicules pour handicapés, orthopédie, prothèses auditives.
- ✓ **Médecine douce** : ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, acupuncteur, ergothérapeute, pédicure, podologue, contraception, vaccins non pris en charge par le régime obligatoire, ostéodensitométrie.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Optique : Chirurgie réfractive

LES SERVICES SYTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Tiers payant
- ✓ Réseau de soins
- ✓ Responsabilité Civile (RC) Scolaire
- ✓ Action sociale

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance à domicile.
- ✓ Soutien à la famille

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les soins et les frais non remboursés par le régime obligatoire d'assurance maladie et non expressément prévus dans le descriptif de la garantie.

La liste de ce qui n'est pas assuré n'est pas exhaustive, se référer au Règlement mutualiste.



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Les dépenses liées à des hospitalisations en établissements médico-sociaux tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), les Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes et Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire (MECS).

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Prise en charge des frais d'accompagnant limitée à l'accompagnement d'un enfant de moins de 16.
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.

La liste des exclusions n'est pas exhaustive, se référer au Règlement mutualiste.



Où suis-je couvert(e) ?

✓ Remboursement des soins : en France Métropolitaine, DROM, COM (Département d'Outre- Mer, Collectivités d'Outre-Mer) et Nouvelle Calédonie et à l'étranger. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.

✓ Réseau de soins: en France.

✓ RC Scolaire: en France et dans le monde si le stage ou le voyage à l'étranger n'excède pas 90 jours consécutifs.

✓ Assistance: en France, en principauté d'Andorre et en principauté de Monaco.



Quelles sont mes obligations ?

A l'adhésion :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par La Mutuelle,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au certificat de garanties.

En cours d'adhésion :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins,
- Informer la Mutuelle des événements suivants, par courrier postal ou électronique, dans les deux mois qui suivent la connaissance qu'il a de l'un des événements suivants :
 - Modification de la situation familiale : mariage, naissance, séparation de corps, divorce, décès,
 - Modification de la situation administrative : mutation, changement d'échelon, de grade et d'indice, congé parental, congé de formation professionnelle, passage à la retraite.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au certificat de garanties.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables mensuellement à terme échu par le Membre participant, à la date indiquée dans le contrat.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique sur compte bancaire



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au bulletin d'adhésion. À compter de la prise d'effet de l'adhésion du Membre participant au contrat collectif ou à compter de la date de réception par le Membre Participant des conditions contractuelles et des informations obligatoires en cas de vente à distance si cette réception est postérieure, le Membre Participant dispose d'un délai de trente jours calendaires (en ce inclus le délai de 14 jours en matière de démarchage ou de vente à distance) pour renoncer à son adhésion sans donner de motif ni supporter de pénalités.

L'adhésion au contrat est conclue jusqu'au 31 Décembre de l'année de sa prise d'effet et se renouvelle par la suite automatiquement d'année en année sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat est résiliable dans les cas et conditions prévus au contrat. Il peut notamment être résilié sans justificatif, chaque année à la date de l'échéance principale, moyennant un préavis de deux mois par lettre recommandée postale ou électronique, auprès de la Mutuelle.



GAMME OSKI



SOINS COURANTS SOINS DE VILLE	RO ⁽¹⁾	OYAKO	SANKA	KOYOU	IROKO
Consultations, visites - Généralistes / Spécialistes signataires de l'OPTAM ⁽²⁾	70%	100%	125%	150%	200%
Actes techniques médicaux - Praticiens signataires de l'OPTAM ⁽²⁾	70%	100%	125%	150%	150%
Honoraires des auxiliaires médicaux	60%	100%	110%	120%	130%
Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%	100%	100%
Actes d'anatomie et de cytologie pathologique	70%	100%	100%	100%	100%
Imagerie médicale - Praticiens signataires de l'OPTAM ⁽²⁾	70%	100%	125%	125%	130%
PHARMACIE	RO ⁽¹⁾	OYAKO	SANKA	KOYOU	IROKO
Pharmacie prise en charge par le Régime Obligatoire	15%-30%-65%	100%	100%	100%	100%
DENTAIRE ⁽³⁾	RO ⁽¹⁾	OYAKO	SANKA	KOYOU	IROKO
<u>Soins remboursés par le Régime Obligatoire</u>					
Soins dentaires	70%	100%	110%	120%	130%
Inlay, Onlay	70%	125%	150%	250%	300%
<u>Soins prothétiques remboursés par le Régime Obligatoire</u>					
Prothèses dentaires (y compris réparations, Inlay Core)	70%	125%	150%	250%	300%
Plafond annuel prothèses dentaires, Inlay Core, Inlay Onlay et réparations ⁽⁴⁾		-	600	900	1200
<u>Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire</u>					
Traitement d'orthodontie, contention, surveillance	70%-100%	125%	150%	250%	300%
Plafond annuel orthodontie ⁽⁴⁾		-	600	900	1200
OPTIQUE ⁽⁵⁾	RO ⁽¹⁾	OYAKO	SANKA	KOYOU	IROKO
<u>Équipement optique</u>					
Monture	60%	50	50	50	50
Verre simple (par verre)	60%	75	75	75	100
Verre complexe et très complexe (par verre)	60%	75	80	90	120
Lentilles prises en charge par le Régime Obligatoire	60%	100%	100%	100%	100%

APPAREILLAGE	RO ⁽¹⁾	OYAKO	SANKA	KOYOU	IROKO
Grand appareillage et véhicules pour handicapés	60%-65%-100%	100%	125%	150%	200%
Petit appareillage, pansements, accessoires, orthopédie, orthèses	60%-65%	100%	125%	150%	200%
Prothèses auditives, y compris forfait d'entretien fournitures et accessoires	60%	100%	125% + 40€/an	150% + 60€/an	200% + 80€/an
HOSPITALISATION ⁽²⁾	RO ⁽¹⁾	OYAKO	SANKA	KOYOU	IROKO
Frais de séjour, salle d'opération	80%	100%	100%	100%	100%
Honoraires en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO) – Praticiens signataires de l'OPTAM ⁽²⁾	80%	100%	125%	150%	200%
Forfait journalier hospitalier ⁽³⁾	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Participation forfaitaire pour les actes lourds	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière – Hors ambulatoire et psychiatrie ⁽⁴⁾	-	35€/30j/an	40€/50j/an	50€/70j/an	60€/90j/an
Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans ou du conjoint : Lit accompagnant à l'hôpital ou à la clinique – Hors frais de repas et de transport	-	13€/10j/an	15€/20j/an	17€/30j/an	19€/40j/an
TRANSPORT	RO ⁽¹⁾	OYAKO	SANKA	KOYOU	IROKO
Frais de transport acceptés par le Régime Obligatoire	65%	100%	100%	100%	100%
CURE THERMALE - THALASSOTHÉRAPIE	RO ⁽¹⁾	OYAKO	SANKA	KOYOU	IROKO
Forfait thermal, honoraires médicaux, frais de transport et d'hébergement ⁽⁷⁾	65%	100%	100%	100%	100%
Thalassothérapie (forfait annuel)	-	80€	130€	180€	230€
MÉDECINES DOUCES ET PRÉVENTION	RO ⁽¹⁾	OYAKO	SANKA	KOYOU	IROKO
Médecine douce : ostéopathe, podologue, nutritionniste, mésothérapeute ⁽⁸⁾	-	23€/acte 2 actes/an	23€/acte 3 actes/an	23€/acte 4 actes/an	23€/acte 5 actes/an
Contraception – Forfait annuel ⁽⁹⁾	-	1500%	2500%	5000%	7500%
Détartrage (1/an)	70%	100%	125%	150%	200%
Ostéodensitométrie prise en charge par le Régime Obligatoire	70%	100%	100%	100%	100%
Vaccins non pris en charge par le Régime obligatoire ⁽⁹⁾	-	20€/an	30€/an	40€/an	50€/an
Coût du certificat médical lié à la mesure de protection (par certificat, tous les 5 ans)	-	80€	110€	140€	160€

Les remboursements de la MGAS sont exprimés soit en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire en incluant la part de celui-ci ou en Euros. Les remboursements sont versés dans la limite des frais réels engagés et après intervention du Régime Obligatoire ou de tout autre régime complémentaire. Les remboursements en Euros sont versés par année civile et par bénéficiaire, sauf mention contraire. Les remboursements sont solidaires et responsables ; ils répondent aux exigences de la réglementation en vigueur en termes de planchers et plafonds (loi de Sécurisation de l'emploi (Décret du 8 septembre 2014) et Contrat responsable (18 novembre 2014))

(1) Les taux RO indiqués sont ceux du Régime Général Obligatoire. Ils sont donnés à titre indicatif et sont susceptibles d'évoluer en fonction de la législation.

(2) La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non signataires de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO sera inférieure de 20% à celle des médecins signataires sans pouvoir dépasser 200% de la base de remboursement. L'OPTAM ou l'OPTAM-CO engage les médecins signataires à geler leurs tarifs pendant 3 ans, en échange d'un allègement de charges sociales. Pour savoir si votre médecin a signé l'OPTAM ou l'OPTAM-CO, rendez-vous sur ameli-direct.fr

(3) Seuls les actes figurant dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) sont pris

(4) Plafond dentaire : le ticket modérateur reste garanti en cas de dépassement du plafond annuel

(5) Le remboursement est limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans, à compter de la date d'achat du premier élément de l'équipement, par bénéficiaire, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue. Les montants indiqués incluent le ticket modérateur quand il existe.

(6) Sont exclues les dépenses liées à des hospitalisations non prises en charge par le Régime Obligatoire, ou en établissements médico-sociaux tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), les Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes et Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire (MECS).

(7) La cure thermique doit être prise en charge par le Régime Obligatoire. Le forfait est versé sans conditions de ressources, sur présentation de l'attestation de cure thermique accompagnée des justificatifs.

(8) Forfait annuel pour l'ensemble des spécialités. Praticiens diplômés de la discipline et titulaires d'un numéro Adeli / RPSS (lorsqu'applicable pour la spécialité).

(9) Sur présentation d'une prescription médicale et de la facture acquittée de la pharmacie.



Annexe 11 – POURPRE : Tableaux des garanties Frais de soins

SOLAE POURPRE



Les remboursements de la MGAS sont exprimés soit en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire **en incluant la part de celui-ci** ou en Euros. Les remboursements sont versés dans la limite des frais réels engagés et après intervention du Régime Obligatoire ou de tout autre régime complémentaire. **Les remboursements en Euros sont versés par année civile et par bénéficiaire**, sauf mention contraire. **Les remboursements sont solidaires et responsables** ; ils répondent aux exigences de la réglementation en vigueur en termes de planchers et plafonds (loi de Sécurisation de l'emploi (Décret du 8 septembre 2014) et Contrat responsable (18 novembre 2014))

SOINS COURANTS SOINS DE VILLE	RO ⁽¹⁾	POURPRE
Consultations, visites - Généralistes / Spécialistes signataires de l'OPTAM ⁽²⁾	70%	125%
Consultations, visites - Généralistes / Spécialistes non signataires de l'OPTAM ⁽²⁾	70%	100%
Actes techniques médicaux praticiens signataires ou non de l'OPTAM ⁽²⁾	70%	100%
Honoraires des auxiliaires médicaux	60%	100%
Analyses et examens de laboratoires	60%	100%
Actes d'anatomie et de cytologie pathologique	70%	100%
Imagerie médicale - Praticiens signataires ou non de l'OPTAM ⁽²⁾	70%	100%
PHARMACIE	RO ⁽¹⁾	POURPRE
Pharmacie prise en charge par le Régime Obligatoire	15%-30%-65%	100%
Pharmacie prescrite non prise en charge par le Régime Obligatoire ⁽³⁾	-	80€/an
DENTAIRE ⁽⁴⁾	RO ⁽¹⁾	POURPRE
Consultations	70%	100%
Soins remboursés par le Régime Obligatoire		
Soins dentaires	70%	100%
Inlay/Onlay	70%	200%
Soins prothétiques remboursés par le Régime Obligatoire		
Prothèses dentaires (y compris réparations, Inlay Core)	70%	200%
Soins prothétiques non remboursés par le Régime Obligatoire		
Prothèses dentaires ⁽⁵⁾	-	100€/an
Orthodontie		
Traitement d'orthodontie, contention, surveillance accepté par le Régime Obligatoire	70%-100%	150%
Traitement d'orthodontie, contention, surveillance non accepté par le Régime Obligatoire ⁽⁶⁾	-	150%
OPTIQUE ⁽⁷⁾	RO ⁽¹⁾	POURPRE
Équipement optique		
Monture + 2 verres	60%	200€
Lentilles prises en charge par le Régime Obligatoire	60%	100%

APPAREILLAGE	RO ⁽¹⁾	POURPRE
Grand appareillage et véhicules pour handicapés	60%-65%-	100%
Petit appareillage, pansements, accessoires, orthopédie, orthèses	60%-65%	125%
Prothèses auditives, y compris forfait d'entretien fournitures et accessoires (par an)	60%	100% + 100€/an

HOSPITALISATION ⁽⁸⁾	RO ⁽¹⁾	POURPRE
Frais de séjour, salle d'opération	80%	100%
Honoraires en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO) - Praticiens signataires ou non de l'OPTAM ⁽²⁾	80%	100%
Forfait journalier hospitalier ^(*)	-	Frais réels
Participation forfaitaire pour les actes lourds	-	Frais réels
Chambre particulière - Hors ambulatoire et psychiatrie ⁽⁸⁾	-	30€/ - 30€/an
Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 17 ans ou d'une personne handicapée : lit accompagnant et repas pris à l'hôpital ou en clinique - Hors frais de transport	-	40€/ - 30€/an

TRANSPORT	RO ⁽¹⁾	POURPRE
Frais de transport acceptés par le Régime Obligatoire	65%	100%

MÉDECINES DOUCES ET PRÉVENTION	RO ⁽¹⁾	POURPRE
Médecine douce : ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, acupuncteur, ergothérapeute, pédicure, podologue, forfait piles pour appareils auditifs ⁽⁹⁾	-	60€/an
Bilan nutritionnel ⁽¹⁰⁾	-	75€/an
Sevrage tabagique ⁽¹¹⁾	-	75€/an
Ostéodensitométrie prise en charge ou non par le Régime Obligatoire	70% / -	100% + 100€/an
Vaccins prévus au calendrier vaccinal, vaccin anti-grippe ⁽¹²⁾	65%/100%	Frais réels
Vaccins non pris en charge par le Régime Obligatoire ⁽³⁾	-	100€/an

(1) Les taux RO indiqués sont ceux de Régime Général Obligatoire. Ils sont donnés à titre indicatif et sont susceptibles d'évoluer en fonction de la législation.

(2) OPTAM : Option Tarifaire Maîtrisée. Dans le cadre d'un contrat Responsable et Solidaire, les taux de remboursement diffèrent selon l'adhésion à l'OP.

(3) Sur présentation de la prescription médicale et de la facture détaillée de la pharmacie.

(4) Seuls les actes figurant dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

(5) à l'exception des facettes dentaires.

(6) Participation exprimée en pourcentage de la base de remboursement reconstituée selon la nature et la codification NGAP ou CCAM de l'acte s'il avait été pris en charge par le Régime Obligatoire.

(7) Le remboursement est limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans, à compter de la date d'achat du premier élément de l'équipement, par bénéficiaire, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue. Les montants indiqués incluent le ticket modérateur quand il existe. La prise en charge de la monture est limitée à 150€.

(8) Sont exclues les dépenses liées à des hospitalisations non prises en charge par le Régime Obligatoire, ou en établissements médico-sociaux tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), les Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes et Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire (MECS).

(9) Forfait annuel pour l'ensemble des spécialités. Praticiens diplômés de la discipline et titulaires d'un numéro Adeli / RPSS (lorsqu'applicable pour la spécialité). Pour les piles des appareils auditifs, la participation se fait sur présentation d'une facture acquittée.

(10) Praticiens diplômés de la discipline et titulaires d'un numéro Adeli / RPSS.

(11) Sur présentation d'une prescription médicale accompagnée de la facture de la pharmacie-parapharmacie. A l'exclusion de la cigarette électronique et des séances d'hypnose.



Les remboursements de la MGAS sont exprimés soit en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire **en incluant la part de celui-ci** ou en Euros. Les remboursements sont versés dans la limite des frais réels engagés et après intervention du Régime Obligatoire ou de tout autre régime complémentaire. **Les remboursements en Euros sont versés par année civile et par bénéficiaire, sauf mention contraire. Les remboursements sont solidaires et responsables** ; ils répondent aux exigences de la réglementation en vigueur en termes de plafonds et plafonds (loi de Sécurisation de l'emploi (Décret du 8 septembre 2014) et Contrat responsable (18 novembre 2014))

SOINS COURANTS SOINS DE VILLE	RO ⁽¹⁾	SOL 2	SOL 3	SOL 4	SOL 5
Consultations, visites – Généralistes / Spécialistes signataires de l'OPTAM ⁽²⁾	70%	100%	150%	200%	250%
Consultations, visites – Généralistes / Spécialistes non signataires de l'OPTAM ⁽²⁾	70%	100%	125%	175%	200%
Actes techniques médicaux – Praticiens signataires ou non de l'OPTAM ⁽¹⁾	70%	100%	100%	100%	100%
Honoraires des auxiliaires médicaux	60%	100%	100%	100%	100%
Analyses et examens de laboratoires	60%	100%	100%	100%	100%
Actes d'anatomie et de cytologie pathologique	70%	100%	100%	100%	100%
Imagerie médicale – Praticiens signataires ou non de l'OPTAM ⁽²⁾	70%	100%	100%	100%	100%
PHARMACIE	RO ⁽¹⁾	SOL 2	SOL 3	SOL 4	SOL 5
Pharmacie prise en charge par le Régime Obligatoire	15%-30%-	100%	100%	100%	100%
DENTAIRE ⁽³⁾	RO ⁽¹⁾	SOL 2	SOL 3	SOL 4	SOL 5
<u>Soins remboursés par le Régime Obligatoire</u>					
Consultations	70%	100%	150%	200%	250%
Soins dentaires	70%	100%	150%	200%	250%
Inlay Onlay	70%	150%	250%	300%	350%
<u>Soins prothétiques remboursés par le Régime Obligatoire</u>					
Prothèses dentaires dont Inlay Core et réparations	70%	150%	250%	300%	350%
<u>Soins prothétiques non remboursés par le Régime Obligatoire</u>					
Prothèses dentaires ⁽⁴⁾	-	50€/an	150€/an	200€/an	250€/an
<u>Orthodontie</u>					
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire	70% - 100%	150%	200%	250%	300%
Orthodontie refusée par le Régime Obligatoire ⁽⁵⁾	-	150%	200%	250%	300%
OPTIQUE	RO ⁽¹⁾	SOL 2	SOL 3	SOL 4	SOL 5
<u>Équipement optique ⁽⁶⁾</u>					
Monture + 2 verres	60%	200€	250€	370€	400€
Lentilles prises en charge par le Régime Obligatoire	60%	100%	100%	100%	100%
Chirurgie réfractive (pour la myopie uniquement)	-	-	120€/œil/an	220€/œil/an	320€/œil/an

APPAREILLAGE	RO ⁽¹⁾	SOL 2	SOL 3	SOL 4	SOL 5
Grand appareillage et véhicules pour handicapés	65%-100%	100%	100%	100%	100%
Petit appareillage, pansements, accessoires, orthopédie, orthèses	60%-65%	125%	150%	200%	250%
Prothèses auditives, y compris forfait d'entretien fournitures et accessoires (par an)	60%	100% + 100€/an	100% + 300€/an	100% + 700€/an	100% + 1000€/an
HOSPITALISATION ⁽⁷⁾	RO ⁽¹⁾	SOL 2	SOL 3	SOL 4	SOL 5
Frais de séjour, salle d'opération	80%	100%	100%	100%	100%
Honoraires en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO) - Praticiens signataires de l'OPTAM ⁽²⁾	80%	100%	150%	200%	200%
Honoraires en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO) - Praticiens non signataires de l'OPTAM ⁽²⁾	80%	100%	125%	175%	175%
Forfait journalier hospitalier ⁽⁷⁾	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Participation forfaitaire pour les actes lourds	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière - Hors ambulatoire et psychiatrie ⁽⁷⁾	-	30€/ - 30€/an	40€/ - 30€/an	50€/ - 30€/an	60€/ - 30€/an
Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 17 ans ou d'une personne handicapée : lit accompagnant et repas pris à l'hôpital ou en clinique - Hors frais de transport	-	40€/ - 30€/an	40€/ - 30€/an	40€/ - 30€/an	40€/ - 30€/an
TRANSPORT	RO ⁽¹⁾	SOL 2	SOL 3	SOL 4	SOL 5
Frais de transport acceptés par le Régime Obligatoire	65%	100%	100%	100%	100%
Frais de transport refusés par le Régime Obligatoire ⁽³⁾	-	150€/an	180€/an	200€/an	200€/an
CURE THERMALE	RO ⁽¹⁾	SOL 2	SOL 3	SOL 4	SOL 5
Forfait thermal, honoraires médicaux, frais de transport et d'hébergement ⁽⁹⁾	65%	100% + 50€	100% + 150€	100% + 200€	100% + 250€
MÉDECINES DOUCES ET PRÉVENTION	RO ⁽¹⁾	SOL 2	SOL 3	SOL 4	SOL 5
Médecine douce : ostéopathe, chiropracteur homéopathe, acupuncteur, ergothérapeute, pédicure, podologue, forfait piles pour appareils auditifs ⁽¹⁰⁾	-	60€/an	100€/an	130€/an	150€/an
Bilan nutritionnel ⁽¹¹⁾	-	75€/an	75€/an	75€/an	75€/an
Sevrage tabagique ⁽¹²⁾	-	75€/an	75€/an	75€/an	75€/an
Ostéodensitométrie prise en charge ou non par le Régime Obligatoire	70% / -	100% + 100€/an	100% + 100€/an	100% + 150€/an	100% + 150€/an
Vaccins prévus au calendrier vaccinal, vaccin anti-grippe ⁽¹³⁾	65%/100%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Vaccins non pris en charge par le Régime Obligatoire ⁽¹⁴⁾	-	100€/an	100€/an	150€/an	150€/an

(1) Les taux RO indiqués sont ceux du Régime Général Obligatoire. Ils sont donnés à titre indicatif et sont susceptibles d'évoluer en fonction de la législation.

(2) OPTAM : Option Tarifaire Maîtrisée. Dans le cadre d'un contrat Responsable et Solidaire, les taux de remboursement diffèrent selon l'adhésion à l'OPTAM du praticien.

(3) Seuls les actes figurant dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) sont pris en charge.

(4) A l'exception des facettes dentaires.

(5) Participation exprimée en pourcentage de la base de remboursement reconstituée selon la nature et la codification NGAP ou CCAM de l'acte s'il avait été pris en charge par le RO.

(6) Le remboursement est limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans, à compter de la date d'achat du premier élément de l'équipement, par bénéficiaire, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue. Les montants indiqués incluent le ticket modérateur quand il existe. La prise en charge de la monture est limitée à 150€.

(7) Sont exclues les dépenses liées à des hospitalisations non prises en charge par le Régime Obligatoire, ou en établissements médico-sociaux tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), et les Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire (MECS).

(8) Pour motif médical ou lors du renouvellement du certificat lié à la mesure de protection uniquement.

(9) La cure thermique doit être prise en charge par le Régime Obligatoire. Le forfait est versé sans conditions de ressources, sur présentation de l'attestation de cure thermique.

(10) Forfait annuel pour l'ensemble des spécialités. Praticiens diplômés de la discipline et titulaires d'un numéro Adeli / RPSS (lorsqu'applicable pour la spécialité). La prise en charge des piles pour appareils auditifs s'effectue sur présentation de la facture détaillée et acquittée du fournisseur.

(11) Praticiens diplômés de la discipline et titulaires d'un numéro Adeli / RPSS (lorsqu'applicable pour la spécialité).

(12) Sur présentation d'une prescription médicale accompagnée de la facture détaillée et acquittée de la pharmacie/parapharmacie. A l'exclusion de la cigarette électronique et des

(13) Vaccins du calendrier vaccinal : diphtérie, tétanos, poliomyélite, rougeole, oreillons, rubéole, coqueluche, BCG, hépatite B, infections invasives à haemophilus influenzae.

(14) Sur présentation de la prescription médicale accompagnée de la facture détaillée et acquittée de la pharmacie.



GAMME CLASSIQUE



Les remboursements de la MGAS sont exprimés soit en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire **en incluant la part de celui-ci** ou en Euros. Les remboursements sont versés dans la limite des frais réels engagés et après intervention du Régime Obligatoire ou de tout autre régime complémentaire. Les remboursements en Euros sont versés par année civile et par bénéficiaire, sauf mention contraire. Les remboursements sont solidaires et responsables ; ils répondent aux exigences de la réglementation en vigueur en termes de planchers et plafonds (loi de Sécurisation de l'emploi (Décret du 8 septembre 2014) et Contrat responsable (18 novembre 2014))

SOINS COURANTS SOINS DE VILLE	RO ⁽¹⁾	C CLASS
Consultations, visites - Généralistes / Spécialistes signataires ou non de l'OPTAM ⁽²⁾	70%	100%
Actes techniques médicaux - Praticiens signataires ou non de l'OPTAM ⁽¹⁾	70%	100%
Honoraires des auxiliaires médicaux	60%	100%
Analyses et examens de laboratoires	60%	100%
Actes d'anatomie et de cytologie pathologique	70%	100%
Imagerie médicale - Praticiens signataires ou non de l'OPTAM ⁽²⁾	70%	100%
PHARMACIE	RO ⁽¹⁾	C CLASS
Pharmacie prise en charge par le Régime Obligatoire	15%-30%-65%	100%
DENTAIRE ⁽³⁾	RO ⁽¹⁾	C CLASS
Soins remboursés par le Régime Obligatoire		
Soins dentaires	70%	100%
Inlay/Onlay	70%	200%
Soins prothétiques remboursés par le Régime Obligatoire		
Prothèses dentaires (y compris réparations, Inlay Core)	70%	200%
Plafond annuel prothèses dentaires ⁽⁴⁾	-	500€
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire		
Traitement d'orthodontie, contention, surveillance	70%-100%	150%
OPTIQUE ⁽⁵⁾	RO ⁽¹⁾	C CLASS
Équipement optique		
Monture	60%	60€
Verre simple (par verre)	60%	75€
Verre complexe et très complexe (par verre)	60%	75€
Lentilles prises en charge par le Régime Obligatoire	60%	100%

APPAREILLAGE	RO ⁽¹⁾	C CLASS
Grand appareillage et véhicules pour handicapés	65%-100%	100%
Petit appareillage, pansements, accessoires, orthopédie, orthèses	60%-65%	100% + 65€/an
Prothèses auditives, y compris forfait d'entretien fournitures et accessoires (par an)	60%	100% + 100€/an
HOSPITALISATION ⁽⁶⁾	RO ⁽¹⁾	C CLASS
Frais de séjour, salle d'opération	80%	100%
Honoraires en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO) - Praticiens signataires ou non de l'OPTAM ⁽²⁾	80%	100%
Forfait journalier hospitalier ⁽³⁾	-	Frais réels
Participation forfaitaire pour les actes lourds	-	Frais réels
Chambre particulière - Hors ambulatoire et psychiatrie ⁽⁴⁾	-	35€/ - 10€/an
Chambre en ambulatoire	-	12€/ - 10€/an
Frais de télévision	-	5 €/ - 20€/an
Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans ou du conjoint : Lit accompagnant à l'hôpital ou en clinique - Hors frais de repas et de transport	-	36€/ - 10€/an
TRANSPORT	RO ⁽¹⁾	C CLASS
Frais de transport acceptés par le Régime Obligatoire	65%	100%
CURE THERMALE ⁽⁷⁾	RO ⁽¹⁾	C CLASS
Forfait thermal, honoraires médicaux, frais de transport et d'hébergement	65%	100% + 150€
MÉDECINES DOUCES ET PRÉVENTION	RO ⁽¹⁾	C CLASS
Médecine douce : ostéopathe, podologue, nutritionniste, mésothérapeute ⁽⁸⁾	-	35€/acte - 2 actes/an
Ostéodensitométrie prise en charge par le Régime Obligatoire	70%	100%
Vaccins du calendrier vaccinal ⁽⁹⁾	65% - 100%	100%

(1) Les taux RO indiqués sont ceux du Régime Général Obligatoire. Ils sont donnés à titre indicatif et sont susceptibles d'évoluer en fonction de la législation.

(2) OPTAM : Option Tarifaire Maîtrisée. Dans le cadre d'un contrat Responsable et Solidaire, les taux de remboursement diffèrent selon l'adhésion à l'OPTAM du praticien.

(3) Seuls les actes figurant dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) sont pris en charge

(4) Plafond dentaire : le ticket modérateur reste garanti en cas de dépassement du plafond annuel

(5) Le remboursement est limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans, à compter de la date d'achat du premier élément de l'équipement, par bénéficiaire, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue. Les montants indiqués incluent le ticket modérateur quand il existe.

(6) Sont exclues les dépenses liées à des hospitalisations non prises en charge par le Régime Obligatoire, ou en établissements médico-sociaux tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), les Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes et Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire (MECS).

(7) La cure thermique doit être prise en charge par le Régime Obligatoire. Le forfait est versé sans conditions de ressources, sur présentation de l'attestation de cure thermique accompagnée des justificatifs.

(8) Forfait annuel pour l'ensemble des spécialités. Praticiens diplômés de la discipline et titulaires d'un numéro Adeli / RPSS (lorsqu'applicable pour la spécialité)

(9) Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Hépatite B, BCG, Rubéole, Haemophilus influenzae B, Infections à pneumocoques

MGAS & MUTUELLE EUROPE - SERVICE RELATION ADHÉRENTS - TSA 30129 - 37206 Tours Cedex | [Mail : relation.adherents@mgas.fr](mailto:relation.adherents@mgas.fr)
MGAS SIÈGE SOCIAL - 96 avenue de Suffren - 75730 Paris Cedex 15 | Mutuelle soumise au livre II du Code de la mutualité | [Siren : 784 301 475](https://www.mgas.fr) | [Fax : +33 1 44 10 55 34](tel:+33144105534)

