

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 : OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat, régi par le Code de la Mutualité a pour objet de garantir à l'adhérent le versement de prestations mutualistes complémentaires dans le cadre de la couverture maladie en complément du régime de base.

Article 2 : INTERVENANTS

MVS est une marque de la mutuelle MGEL, elle regroupe les garanties proposées aux adultes et leurs enfants. La MGEL

est une mutuelle régie par le code de la Mutualité. Son siège social se situe au 44 cours Léopold - 54000 Nancy.

L'adhérent est la personne physique qui adhère au présent contrat et sur la tête de laquelle repose la garantie. Il acquitte les versements de cotisation et perçoit les prestations de la mutuelle. Il acquiert la qualité de membre participant de la MVS.

TITRE II : L'ADHESION

Article 3 :

CONDITIONS SPECIFIQUES ET IMPERATIVES D'ADHESION

Peuvent adhérer au contrat, en qualité d'adhérent :

- les personnes de moins de 70 ans lors de leur première adhésion ayant la qualité d'assuré social relevant du régime général, et du régime local d'Alsace-Moselle ainsi qu'à leurs ayants droit.
- les mineurs, lorsque la demande d'adhésion est remplie par l'un des parents ou le cas échéant par leur représentant légal.

Peuvent également percevoir des prestations en qualité de membres bénéficiaires :

- le conjoint ou le concubin d'un membre participant ou la personne liée à lui par un PACS ou toute personne vivant sous le même toit, sur présentation de justificatifs attestant sa situation
- les enfants de membres participants, âgés de moins de 25 ans pour le régime général et de moins de 23 ans pour le régime local
- toute personne ayant le statut d'ayant droit du membre participant au sens de la Sécurité Sociale.

Article 4 : FORMALITES D'ADHESION

Un bulletin d'adhésion, les statuts et le règlement intérieur de la MVS ainsi que le présent contrat mutualiste intitulé " Dispositions Générales de la complémentaire santé " valent note d'information, prévu par l'article L.223-8 du Code de la mutualité, sont remis à toute personne qui souhaite adhérer à la MVS et au présent contrat.

Cette personne remplit, signe et date le bulletin d'adhésion en y précisant notamment les personnes assurées (nom, prénom, date de naissance, numéro INSEE, adresse, lien de famille éventuel avec l'assuré social, Régime de Base),

l'intitulé des garanties souscrites, la date d'effet des garanties, le montant des cotisations ainsi que le mode de paiement. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions du présent contrat mutualiste et celles des statuts et du règlement intérieur de la MVS.

Sous réserve du respect des dispositions impératives propres à l'assurance complémentaire santé et définies à l'article précédent du présent contrat mutualiste, la validité de l'adhésion est subordonnée à 2 conditions :

- l'encaissement effectif du versement de la première cotisation ;
- la remise à la MVS du bulletin d'adhésion signé et daté.

Article 5 : OUVERTURE DES DROITS

L'ouverture des droits n'intervient que le 1er jour du mois suivant la réception du paiement.

Toutefois, si l'adhérent était précédemment couvert par une autre Mutuelle et que sa résiliation date de moins de trois mois, les droits peuvent être ouverts avec effet rétroactif afin d'éviter toute interruption ; un certificat de radiation doit être présenté.

Article 6 : DUREE DE COUVERTURE

L'adhésion est annuelle à échéance au 31 décembre de chaque année et se renouvelle par tacite reconduction.

TITRE III : LES COTISATIONS

Article 7 : LES COTISATIONS

L'adhérent s'engage au paiement d'une cotisation annuelle payable d'avance, affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle.

Les cotisations sont fixées en fonction :

- de la garantie souscrite
- de l'âge atteint par les personnes couvertes par le présent contrat mutualiste.

Elles peuvent être individuelles, par couple ou familiales et monoparentales. L'adhérent a la possibilité de fractionner le paiement de ces cotisations.

Article 8 : DEFAUT DE PAIEMENT

A défaut de paiement des cotisations ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la MVS de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure de l'adhérent.

En cas de fractionnement de la cotisation annuelle, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non paiement d'une des fractions de cotisation produit ces effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La MVS a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent. Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'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 MVS la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrements.

TITRE IV : LES PRESTATIONS

Article 10 : CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Pour percevoir des prestations, l'adhérent doit être à jour dans le paiement de ses cotisations.

Les prestations complémentaires ne sont versées que sur présentation des décomptes originaux du régime obligatoire.

Règles concernant les cumuls

Les prestations complémentaires de la Mutuelle peuvent être cumulées avec celles de la sécurité sociale, ainsi qu'avec celles servies par tout autre organisme de prévoyance, dans la limite des taux de remboursement prévus dans la garantie choisie et sur la base des tarifs de référence de la Sécurité Sociale sur présentation des décomptes concernés.

Dans le cas de versement de prestations supplémentaires, le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut cependant pas être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Dans le cas où la prestation théorique de la Mutuelle serait supérieure au montant des frais restant à la charge de l'adhérent, la différence entre le montant des remboursements et le prix réellement payé doit seulement être servie.

Date prise en compte

En règle générale, la date prise en compte par comparaison avec les dates d'ouverture de droit, est la date figurant sur le décompte de Sécurité Sociale ; pour les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire (par exemple lentille), c'est la date de facturation qui est prise en compte.

Article 11 : RISQUES COUVERTS

Les adhérents au présent contrat régulièrement à jour de leur cotisation ont droit en cas de maladie ou d'accident, ainsi que leur conjoint et enfants à charge, au remboursement, selon l'option choisie, des frais médicaux et chirurgicaux, pharmaceutiques, d'analyses médicales, de petit appareillage et accessoires comme défini par le T.I.P.S., d'optique, de soins et prothèses dentaires accordées par le contrôle dentaire, de cure thermique, des soins externes en hôpital, clinique conventionnée, dispensaire ou centre de soins agréés et les frais de transport.

Le remboursement ne peut en aucun cas excéder la différence entre les dépenses réellement engagées par les adhérents et les sommes qui leur sont remboursées par la caisse de sécurité sociale, dans la limite des tarifs plafonds conventionnés en vigueur.

Lorsque le défaut de paiement résulte d'un rejet de prélèvement ou d'un chèque impayé, la Mutuelle imputera à l'adhérent les frais dus ou engagés pour obtenir les montants de cotisations dues.

Article 9 : EVOLUTION DES COTISATIONS

La Mutuelle adapte constamment les cotisations à l'évolution des prestations sur la base d'études statistiques effectuées régulièrement. L'Assemblée Générale reste souveraine dans la détermination des cotisations. Toutefois, conformément aux statuts et au Code de la Mutualité, elle peut déléguer cette responsabilité au Conseil d'Administration.

Article 12 : FIN DU CONTRAT ou CESSATION DES GARANTIES

Ce contrat prend fin à son échéance.

Les seules exceptions de rupture en cours d'année sont les suivantes :

- décès de l'adhérent ;
- radiation ou exclusion ;
- ouverture de droits à la CMU Complémentaire ;
- complémentaire imposée par l'employeur
- départ du territoire français (hors vacances)

La demande de remboursement devra être présentée avec les justificatifs nécessaires. Le remboursement sera effectué sur la base du temps restant à courir. La résiliation sera effective le dernier jour du mois où elle a été présentée.

La fin du contrat entraîne la perte de la qualité de membre participant à la mutuelle.

Article 13 : SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent 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 à l'exclusion de 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.

Article 14 : PRESCRIPTION

Les actions du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. La prescription est portée à 10 ans lorsque le bénéficiaire n'est pas l'adhérent.

Conformément à l'article L221.11 du Code de la Mutualité, ce délai ne court, 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.

- Forfait lentille

Celui-ci est disponible au bénéfice de l'adhérent s'il n'a pas utilisé en cours d'année son forfait lunettes.

- Forfait optique

Les forfaits sont acquis dans la limite des montants indiqués au tableau des garanties et des règles liées aux contrats responsables.

La MVS a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent. Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'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 MVS la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrements.

TITRE IV : LES PRESTATIONS

Article 10 : CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Pour percevoir des prestations, l'adhérent doit être à jour dans le paiement de ses cotisations.

Les prestations complémentaires ne sont versées que sur présentation des décomptes originaux du régime obligatoire.

Règles concernant les cumuls

Les prestations complémentaires de la Mutuelle peuvent être cumulées avec celles de la sécurité sociale, ainsi qu'avec celles servies par tout autre organisme de prévoyance, dans la limite des taux de remboursement prévus dans la garantie choisie et sur la base des tarifs de référence de la Sécurité Sociale sur présentation des décomptes concernés.

Dans le cas de versement de prestations supplémentaires, le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut cependant pas être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Dans le cas où la prestation théorique de la Mutuelle serait supérieure au montant des frais restant à la charge de l'adhérent, la différence entre le montant des remboursements et le prix réellement payé doit seulement être servie.

Date prise en compte

En règle générale, la date prise en compte par comparaison avec les dates d'ouverture de droit, est la date figurant sur le décompte de Sécurité Sociale ; pour les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire (par exemple lentille), c'est la date de facturation qui est prise en compte.

Article 11 : RISQUES COUVERTS

Les adhérents au présent contrat régulièrement à jour de leur cotisation ont droit en cas de maladie ou d'accident, ainsi que leur conjoint et enfants à charge, au remboursement, selon l'option choisie, des frais médicaux et chirurgicaux, pharmaceutiques, d'analyses médicales, de petit appareillage et accessoires comme défini par le T.I.P.S., d'optique, de soins et prothèses dentaires accordées par le contrôle dentaire, de cure thermique, des soins externes en hôpital, clinique conventionnée, dispensaire ou centre de soins agréés et les frais de transport.

Le remboursement ne peut en aucun cas excéder la différence entre les dépenses réellement engagées par les adhérents et les sommes qui leur sont remboursées par la caisse de sécurité sociale, dans la limite des tarifs plafonds conventionnés en vigueur.

Lorsque le défaut de paiement résulte d'un rejet de prélèvement ou d'un chèque impayé, la Mutuelle imputera à l'adhérent les frais dus ou engagés pour obtenir les montants de cotisations dues.

Article 9 : EVOLUTION DES COTISATIONS

La Mutuelle adapte constamment les cotisations à l'évolution des prestations sur la base d'études statistiques effectuées régulièrement. L'Assemblée Générale reste souveraine dans la détermination des cotisations. Toutefois, conformément aux statuts et au Code de la Mutualité, elle peut déléguer cette responsabilité au Conseil d'Administration.

Article 12 : FIN DU CONTRAT ou CESSATION DES GARANTIES

Ce contrat prend fin à son échéance.

Les seules exceptions de rupture en cours d'année sont les suivantes :

- décès de l'adhérent ;
- radiation ou exclusion ;
- ouverture de droits à la CMU Complémentaire ;
- complémentaire imposée par l'employeur
- départ du territoire français (hors vacances)

La demande de remboursement devra être présentée avec les justificatifs nécessaires. Le remboursement sera effectué sur la base du temps restant à courir. La résiliation sera effective le dernier jour du mois où elle a été présentée.

La fin du contrat entraîne la perte de la qualité de membre participant à la mutuelle.

Article 13 : SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent 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 à l'exclusion de 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.

Article 14 : PRESCRIPTION

Les actions du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. La prescription est portée à 10 ans lorsque le bénéficiaire n'est pas l'adhérent.

Conformément à l'article L221.11 du Code de la Mutualité, ce délai ne court, 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.

- Forfait lentille

Celui-ci est disponible au bénéfice de l'adhérent s'il n'a pas utilisé en cours d'année son forfait lunettes.

- Forfait optique

Les forfaits sont acquis dans la limite des montants indiqués au tableau des garanties et des règles liées aux contrats responsables.

Article 15 : RISQUES EXCLUS

En règle générale, sont compris tous les risques donnant lieu à une prise en charge par le régime obligatoire.

Ne sont pas pris en charge les maladies, accidents, ainsi que leurs suites provoqués :

- intentionnellement ;
- par l'usage des stupéfiants non prescrits médicalement ;
- par les faits de guerre qui sont couverts par la législation particulière à intervenir ;
- par la désintégration ou la transformation du noyau atomique.

Sont également exclus :

- les cures de rajeunissement, d'amaigrissement etc... ;
- les soins et interventions de chirurgie esthétiques ainsi que leurs suites, sauf en cas de soins ou d'intervention de chirurgie réparatrice ou reconstructrice : la charge de la

preuve incombe à l'assuré,

- les actes médicaux effectués soit antérieurement à la prise d'effet de la garantie soit postérieurement à la date de cessation de la garantie,
- en règle générale tous les soins hors nomenclature,
- les actes effectués par des psychologues ou des psychothérapeutes,
- la participation forfaitaire de 1 euro,
- les pénalités liées au non respect du parcours de soins coordonnés,
- la franchise de 0,50 euros par médicament prescrit et par acte médical,
- la franchise de 2 euros par transport en véhicule sanitaire ou taxi.

TITRE V : INFORMATION DES ADHERENTS

Article 16 : INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à loi " Informatique et Libertés " du 06 janvier 1978, l'adhérent peut demander à tout moment la communication et rectification de toutes informations le concernant qui figurent sur tout fichier à l'usage de la MVS et de ses mandataires. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège social de la mutuelle.

Article 17 : NAISSANCE

Dans le cas d'une adhésion d'un nouveau né dans les 30 jours suivants sa naissance et dans le cas où elle donne lieu à une cotisation supplémentaire (1^{er} enfant, 3^{ème}, 4^{ème}, ...) :

- les 6 premiers mois de cotisation sont gratuits pour les garanties ECO et 100,
- les 9 premiers mois de cotisation sont gratuits pour les garanties 130, 160, 200 et 250.

Article 18 : MODIFICATIONS

A. Modifications émanant de l'adhérent

Changement de garantie

Lors de la première année de souscription, les seuls changements de garantie possibles sont au profit d'une garantie supérieure. Celle ci peut être souscrite à tout moment de l'année. Elle prend effet le 1 jour du mois suivant la demande.

Si ce changement entraîne une diminution de garantie, la diminution sera effectuée le premier jour du mois suivant la demande. Dans le cas où cette demande de diminution fait suite à un précédent changement, la diminution ne sera effective que dans un délai minimum d'un an.

Changement de régime

Tout changement du régime de base devra être signalé au plus tard dans les 3 mois. A défaut, le changement sera effectif le 1^{er} jour du mois suivant la notification.

B. Modifications émanant de la MVS

Toute modification apportée au présent contrat mutualiste relève de la compétence de l'Assemblée Générale de la MVS en application des règles définies dans les statuts de la MVS. Dans les cas et conditions prévus dans le Code de la Mutualité, le Conseil d'Administration de la MVS peut, néanmoins, par délégation de pouvoir donnée par l'Assemblée Générale, adopter des modifications au présent contrat mutualiste, qui doivent être ratifiées par l'Assemblée Générale. L'adhérent est informé des modifications apportées au présent contrat conformément aux dispositions du Code de la Mutualité.

Article 19 : RESILIATION

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la mutuelle ou déposée contre décharge, au moins 2 mois avant la date d'échéance du présent contrat, c'est-à-dire le 31 octobre pour une résiliation au 31 décembre.

