

# Règlement Mutualiste

## COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

### Mutuelle Générale des Etudiants de L'Est - MGEL

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 783 332 448 dont le siège social se situe 44, Cours Léopold à NANCY (54) et dont le LEI est 9695000D9Z3P7Y1EJN19 substitué par Harmonie Mutuelle.

## SOMMAIRE

### TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 : OBJET DU CONTRAT

Article 2 : INTERVENANTS

### TITRE II : L'ADHESION

Article 3 : CONDITIONS SPECIFIQUES ET IMPERATIVES D'ADHESION

Article 4 : FORMALITES D'ADHESION

Article 5 : OUVERTURE DES DROITS

Article 6 : DUREE DE COUVERTURE

### TITRE III : LES COTISATIONS

Article 7 : LES COTISATIONS

Article 8 : DATE ET MODALITÉS DE PAIEMENT

Article 9 : DEFAUT DE PAIEMENT

Article 10 : EVOLUTION DES COTISATIONS

### TITRE IV : LES PRESTATIONS

Article 11 : CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Article 12 : RISQUES COUVERTS

Article 13 : FIN DU CONTRAT OU CESSATION DES GARANTIES

Article 14 : RECONDUCTION AUTOMATIQUE

Article 15 : SUBROGATION

Article 16 : PRESCRIPTION

Article 17 : RISQUES EXCLUS

## **TITRE V : INFORMATION DES ADHERENTS**

Article 18 : INFORMATIQUE ET LIBERTES

Article 19 : MODIFICATIONS

Article 20 : MEDIATION

## **TITRE VI : LES GARANTIES ET COTISATIONS**

Article 21 : GARANTIES DE BASE

Article 22 : MODULE HOSPITALISATION PLUS

Article 23 : MODULE OPTIQUE ET DENTAIRE

Article 24 : MODULE PRÉVENTION

Article 25 : LES ASSURANCES COMPRISES

Article 26 : LA CARTE ASSURANCES

## **TABLEAU DES GARANTIES**

## TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

### Article 1 : OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat, régi par le Code de la Mutualité et par les statuts de la MGEL, a pour objet de garantir à l'adhérent le versement de prestations mutualistes en complément du régime de base de la couverture maladie ainsi qu'un ensemble d'assurances et de services étudiés pour couvrir tous les aspects de la vie. Lors d'une tacite reconduction, l'adhérent bénéficie uniquement des services et de la responsabilité civile MGEL. La Mutuelle en qualité d'intermédiaire mutualiste propose le présent contrat dans le cadre de contrats collectifs souscrits auprès de différents organismes d'assurance extérieurs. Les remboursements cumulés du Régime de Base et du ou des Régimes Complémentaires ne peuvent jamais excéder les frais réels.

### Article 2 : INTERVENANTS

L'organisme mutualiste réalisant cette opération d'assurance est la Mutuelle Générale des Etudiants de L'est – MGEL, 44 Cours Léopold 54000 NANCY, organisme régi par le Code de la Mutualité et enregistré sous le numéro SIREN 783 332 448. 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 MGEL.

## 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, ou 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,

### Article 4 : FORMALITES D'ADHESION

Un bulletin d'adhésion, les statuts et le règlement intérieur de la MGEL ainsi que le présent contrat mutualiste intitulé « Règlement Mutualiste Complémentaire Santé » accompagné d'un Document d'Information sur un Produit d'Assurance (DIPA), prévu par l'article L.223-8 du Code de la mutualité, sont remis à toute personne qui souhaite adhérer à la MGEL et au présent contrat. Cette personne remplit, signe et date le bulletin d'adhésion en y précisant notamment son état civil, la garantie souscrite et 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 MGEL.

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 cotisation ou de sa première fraction,
- la remise à la MGEL du bulletin d'adhésion signé et daté ou sa réception via internet.

## Article 5 : OUVERTURE DES DROITS

L'adhésion produit ses effets à compter de la date du premier versement de cotisation et ce jusqu'au 30 Septembre de l'année universitaire n+1. La date d'effet des garanties est précisée sur la carte d'adhérent.

### **A. Adhésion avant le 10 Octobre**

L'ouverture des droits des garanties dépend de la date d'adhésion :

- Le 1er Juillet pour les garanties 15 mois souscrites jusqu'au 10 juillet de l'année N
- Le 1er Août pour les garanties 14 mois souscrites entre le 11 Juillet et le 10 Août de l'année N
- Le 1er Septembre pour les garanties 13 mois souscrites entre le 11 Août et le 10 Septembre de l'année N
- Le 1er octobre pour les garanties 12 mois souscrites entre le 11 Septembre et le 10 octobre de l'année N.

### **B. Adhésion en cours de mois**

L'ouverture des droits prend effet le 1er jour du mois de réception du paiement si celui-ci intervient entre le 1er et le 10 du mois. Et le 1er jour du mois suivant la réception du paiement si celui-ci intervient à compter du 11 du mois.

### **C. Renonciation**

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat. Ce délai est ramené à 7 jours pour les souscriptions faites en accueil. En cas de renonciation, le souscripteur est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. L'intégralité de la

cotisation reste due si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat est intervenu pendant le délai de renonciation. Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

#### Article 6 : DUREE DE COUVERTURE

Les droits sont ouverts suivant la date de souscription choisie, de 15 à 4 mois, pendant la période d'activité universitaire et pendant les vacances. La fin de droits restant systématiquement fixée au 30 septembre. En aucun cas, la durée d'adhésion ne peut être inférieure à 4 mois.

Un étudiant n'effectuant pas une année universitaire complète dans un établissement d'enseignement supérieur, par exemple : séjour d'un étudiant étranger dans le cadre d'un échange, peut souscrire à tout moment une garantie dont la couverture sera variable entre 4 et 10 mois et la fin de droits pas systématiquement arrêtée au 30 septembre. L'étudiant entrant dans ce cas devra produire lors de l'adhésion un justificatif permettant de valider une durée d'études inférieure à l'année.

## TITRE III : LES COTISATIONS

### Article 7 : LES COTISATIONS

L'adhérent s'engage au paiement d'une cotisation annuelle payable d'avance ou par règlements fractionnés (par mois ou en 4 versements bimestriels), affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle. Les cotisations sont fixées en fonction de la garantie souscrite et de la durée de couverture (le calcul s'effectue alors par application du prorata temporis).

### Article 8 : DATE ET MODALITÉS DE PAIEMENT

L'adhérent a la possibilité de payer sa cotisation comptant ou de fractionner le paiement, selon les modalités suivantes :

- Au moyen d'autant de prélèvements que de mois couverts par la garantie, effectués à partir du 8 de chaque mois. Si l'adhésion est enregistrée après que les demandes de prélèvements aient été envoyées à la banque, le premier prélèvement sera réparti sur tous les prélèvements suivants.

- Au moyen de 4 prélèvements effectués à partir des 10 octobre, 10 décembre, 10 février et 10 avril.

Pour bénéficier de ces paiements fractionnés, l'adhérent devra :

- Soit compléter les pavés correspondants de la demande d'adhésion et joindre un RIB

- Soit adhérer via le site [www.mgel.fr](http://www.mgel.fr) et utiliser le paiement sécurisé par carte bancaire.

### Article 9 : 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 MGEL de

poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure. 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 ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La MGEL 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 résiliation de la garantie ne permet pas à l'adhérent de prétendre au remboursement des fractions déjà réglées. La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la MGEL 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, les frais de poursuites et de recouvrements (3€ par incident). Lorsque le défaut de paiement résulte d'un rejet de prélèvement (bancaire ou par carte bancaire) ou d'un chèque impayé, la Mutuelle imputera à l'adhérent les frais dus ou engagés pour obtenir les montants de cotisations dues (3€ par incident).

#### Article 10 : 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.



## TITRE IV : LES PRESTATIONS

### Article 11 : CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

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

### Article 12 : RISQUES COUVERTS

Les adhérents au présent contrat régulièrement à jour de leur cotisation ont droit en cas de maladie ou de blessure couverte par le régime de base de l'Assurance Maladie, selon l'option choisie, au remboursement des frais médicaux et chirurgicaux, pharmaceutiques, d'analyses médicales, de petit appareillage et accessoires comme défini par la L.P.P. (Liste des produits et prestations), d'optique, de soins et prothèses dentaires, de cure thermale, des soins externes en hôpital, clinique conventionnée, dispensaire et centre de soins agréés, des soins infirmiers et de kinésithérapie, 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 au titre de l'Assurance Maladie, dans la limite des tarifs plafonds conventionnés en vigueur.

#### 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 de prise en charge des différentes prestations

La date d'exécution (définie ci-dessous) devra toujours se situer pendant la période de droits ouverts pour permettre à l'adhérent de bénéficier des prestations servies par les garanties. Voici la définition de la date d'exécution dans les différents cas de figure :

- 1) -Actes des praticiens prescripteurs (médecins, dentistes, sages-femmes) :  
Date des soins : en cas d'actes en série, la date de chaque acte sera prise en considération.
- 2) -Actes des praticiens auxiliaires :  
Date de chaque acte ou de chaque séance.
- 3) -Médicaments - accessoires – pansements - optique – autres fournitures :  
Date de prescription lors de la première exécution de l'ordonnance.  
Date d'achat pour les renouvellements.
- 4) -Prothèses dentaires et autres :  
Il sera fait référence à la législation Sécurité sociale.
- 5) -Analyses médicales :  
Date d'exécution.
- 6) -Transports :  
En ambulance, en taxi ou autre moyen personnel ou public, date du déplacement.
- 7) -Frais de séjour :  
Il sera pris en considération chaque journée d'hospitalisation.
- 8) - Cures thermales :  
Il sera pris en considération, les dates de période de la cure thermique prescrite médicalement (voir conditions particulières de prise en charge dans votre agence).

### Article 13 : FIN DU CONTRAT OU CESSATION DES GARANTIES

Ce contrat prend fin quand l'adhérent manifeste sa volonté de résilier dans les conditions définies à l'article 14. La fin de contrat intervient alors au 30 septembre. Aucune résiliation ne peut intervenir en cours d'année. Les seules exceptions de rupture en cours d'année sont les suivantes :

- en cas de décès de l'adhérent ;
- ouverture de droits à la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) (la résiliation sera rétroactive si la notification nous est adressée dans un délai maximum de 2 mois suivant l'ouverture de droits à la C2S) ;
- arrêt d'études avec entrée dans la vie active en tant que salarié d'une entreprise où la mutuelle est obligatoire ;
- pour les étudiants étrangers, arrêt des études pour départ à l'étranger ;
- double adhésion à une complémentaire santé MGEL pour la même année universitaire (dans ce cas uniquement, la Mutuelle remboursera automatiquement la garantie la plus basse) ;
- couverture complémentaire par les parents ou le conjoint à la condition que la date d'adhésion soit antérieure à celle de la MGEL et que la demande de remboursement parvienne à la Mutuelle dans les 10 jours suivant l'adhésion ;

La demande de remboursement devra être présentée avec les justificatifs nécessaires et la carte d'adhérent mutualiste restituée dans un délai maximum de 3 mois. Au-delà aucun remboursement ne sera accepté. Le remboursement sera effectué sur la base du temps restant à courir. La fin du contrat intervient le 1<sup>o</sup> du mois suivant la réception par la MGEL de la résiliation envoyée par lettre recommandée avec accusé de réception et entraîne la perte de la qualité de membre participant à la Mutuelle.

Conformément à l'article L221-10-2 du Code de la Mutualité, l'adhérent a désormais la possibilité de résilier sans frais ni pénalités son contrat de complémentaire santé individuelle après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription du contrat en question (résiliation Infra-Annuelle).

#### Article 14 : RECONDUCTION AUTOMATIQUE

L'adhésion se renouvelle automatiquement, sans démarche particulière, à la date du 1er Octobre de l'année suivante et ce, pour une année. Les garanties sont celles dont le contenu en termes de prestations est le plus proche de la complémentaire santé choisie l'année précédente sauf s'il dénonce son adhésion (Loi Chatel). Il doit alors démissionner par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Mutuelle, 2 mois au moins avant l'échéance. En l'espèce la date d'échéance étant au 30 Septembre de chaque année, la dénonciation doit parvenir à la mutuelle avant le 30 juillet de la même année, le cachet de la poste faisant foi. L'adhérent est informé des nouvelles cotisations avant chaque échéance. L'adhérent a toute latitude pour changer de garantie lors de la reconduction ; il devra en informer la Mutuelle avant le 31 octobre de l'année suivante.

#### Article 15 : 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 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. En cas d'accident suivi de décès, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants-droit leur demeure acquise.

### Article 16 : PRESCRIPTION

Les actions du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. 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.

### Article 17 : RISQUES EXCLUS

Sont exclus des remboursements de la Mutuelle pour l'ensemble de nos garanties :

- les actes de chirurgie esthétique ;
- les actes effectués par des psychologues et psychothérapeutes ;
- la participation forfaitaire de 1€ ;
- les pénalités liées au non-respect du parcours de soins coordonnés ;
- la franchise de 0.50€ par médicament prescrit et par acte médical ;
- la franchise de 2€ par transport en véhicule sanitaire ou taxi ;
- les médicaments remboursés à 15 % par la Sécurité sociale.
- la prise en charge des soins « 100% Santé » appartenant au Reste à Charge Zéro Euro

Uniquement pour la garantie Piano :

- tous les actes effectués par des psychiatres ou neuropsychiatres à l'exception des adhérents au module prévention ;
- la participation forfaitaire de 24€ pour les actes dont le coût est supérieur à 120€, à l'exception des adhérents au module « hospitalisation ».

## TITRE V : INFORMATION DES ADHERENTS

### Article 18 : INFORMATIQUE ET LIBERTES

Toutes les données collectées sur ce présent document sont nécessaires à l'adhésion et conditionnent l'exécution du contrat. En tant que responsable de traitement, la MGEL met en œuvre un traitement des données à caractère personnel pour sa gestion administrative et le suivi de ses activités et opérations. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées à la MGEL et à ses partenaires contractuels si acceptation de l'adhérent. Conformément aux articles 38 et suivants de la loi du 06 janvier 1978 et aux articles 7, 12, 13 et suivants du Règlement Général sur la Protection des Données du 25 mai 2018, l'adhérent dispose des droits d'accès, d'information, de rectification, de rétractation du consentement, d'oubli et de portabilité quant aux données le concernant ainsi que du droit d'opposition à leur utilisation à des fins de prospection. Pour ce faire, l'adhérent peut contacter le service de Protection des Données de la MGEL via l'adresse mail [protectiondesdonnees@mgel.fr](mailto:protectiondesdonnees@mgel.fr) ou consulter l'ensemble de ses droits à l'adresse [www.mgel.fr/documents-contractuels](http://www.mgel.fr/documents-contractuels). La MGEL s'engage à ne traiter que les données qui lui sont nécessaires à l'exécution de ses activités, pour une durée maximum de dix années, correspondant au temps moyen resté en études supérieures et à un archivage nécessaire en cas de changement de statuts et de recours.

### Article 19 : MODIFICATIONS

#### **A. Modifications émanant de l'adhérent**

Il est possible de changer de garantie de base en cours d'année pour obtenir une meilleure couverture. Les modules doivent être choisis en même temps que la 1ère adhésion, il est toutefois admis un délai d'un mois après la date de souscription pour en modifier la composition.

## **B. Modifications émanant de la MGEL**

Toute modification apportée au présent contrat mutualiste relève de la compétence de l'Assemblée Générale de la MGEL en application des règles définies dans les statuts de la MGEL. Dans les cas et conditions prévus dans le Code de la Mutualité, le Conseil d'Administration de la MGEL 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. Les prestations versées sont variables en fonction de la garantie de base et des modules choisis (cf. Tableau). Des précisions sont apportés pour certaines prestations au Titre IV du présent Règlement.

### Article 20 : MEDIATION

Service Réclamation :

En cas de réclamation, les adhérents de la MGEL peuvent s'adresser au service dédié via l'adresse mail mise à disposition : [reclamations@mgel.fr](mailto:reclamations@mgel.fr)."

Saisine du Médiateur :

Le Médiateur ne peut être saisi qu'après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations, et si aucune action contentieuse ou procédure judiciaire relative au litige n'a été intentée. La saisine du Médiateur prend fin dès lors qu'une action contentieuse ou procédure judiciaire est engagée pour trancher le litige. Le Médiateur examine les litiges concernant l'application des garanties assurées par la Mutuelle, les difficultés d'application ou d'interprétation des Statuts de la Mutuelle, du Règlement intérieur, du Règlement mutualiste ou des notices d'information. Sont exclus de la médiation:

les litiges liés : à la politique générale du Groupe MGEL, à la politique tarifaire, aux garanties souscrites via la Mutuelle auprès d'un autre assureur, sauf si le litige concerne la distribution de la garantie et non l'application de celle-ci, au recouvrement des cotisations, aux décisions prises dans le cadre du dispositif du Fonds d'entraide / action sociale.

ainsi que ceux : estimés infondés ou abusifs par le médiateur, pour

lesquels le membre participant a introduit sa demande auprès du médiateur plus d'un an après sa réclamation écrite auprès de sa mutuelle, précédemment examinés (ou en cours d'examen) par un autre médiateur ou par un tribunal.

Pour favoriser la résolution amiable des litiges qui opposent la MGEL à ses adhérents, la MGEL a mis en place une procédure de médiation régie par les dispositions générales, légales et réglementaires, figurant au titre 1er « Médiation » du livre VI du Code de la consommation relatif au règlement des Litiges (articles L.611-1 à L 616-3 et articles R.612-1 à R 616-2 du même code). Le médiateur de la MGEL peut être saisi, gratuitement, en langue française :  
Soit par courrier, à l'adresse suivante :

**Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française**

**FNMF**

**255 rue de Vaugirard**

**75719 PARIS cedex 15**

Soit directement via le site du médiateur : [mediateur-mutualite.fr](http://mediateur-mutualite.fr)

## **TITRE VI : LES GARANTIES ET LES COTISATIONS**

Les prestations versées sont variables en fonction de la garantie de base et des modules choisis (cf. Tableau). Les forfaits sont proratisés selon la date d'ouverture des droits mutuelle.

### Article 21 : GARANTIES DE BASE

- **Forfait journalier** : remboursement de la somme de 20€ (15€ en psychiatrie) sans limitation de durée.
- **Prise en charge des frais de transport** : dans le cas où la prise en charge du transport ne serait pas prévue par la Sécurité sociale, les frais de transport prescrits médicalement seront remboursés, du lieu de l'accident ou de la résidence du blessé jusqu'à l'hôpital et ce jusqu'à un maximum de 2300 euros



pour un même accident.

- **En cas d'accident individuel** (ne mettant pas un tiers en cause), remboursement des soins (déduction faite éventuellement des prestations de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme de prévoyance). A la condition que la déclaration ait été faite dans les 5 jours suivant l'accident, le remboursement est réalisé sur la base des frais réels pour les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques ; est considéré comme accident : tout événement soudain extérieur à l'adhérent, non intentionnel de sa part et imprévisible, générateur d'une atteinte corporelle.

- **Remboursement à 100% des vaccins remboursés** par la Sécurité sociale. Ces remboursements interviendront en complément du remboursement de la Sécurité sociale pour atteindre un taux de remboursement de X% du tarif de responsabilité fixé par la Sécurité sociale avant déduction des éventuelles participations forfaitaires et retenues. Ce taux varie selon le type d'acte et la garantie choisie.

- **Forfait petit appareillage** : remboursement sur présentation de justificatifs d'achat ; concerne les genouillères, bandages et semelles orthopédiques.

#### Article 22 : MODULE HOSPITALISATION

- **Allocation chambre particulière** : versement d'un forfait dont le montant est défini dans les tableaux des garanties ;

- **Indemnité hospitalière** destinée à la prise en charge de la location d'un téléviseur, des dépenses de téléphone, des photocopies de cours et tous frais liés à une hospitalisation (...) à hauteur de 20 euros par jour ou 40 euros par jour pour le module double dans la limite des dépenses engagées à partir du 2ème jour ;

- **Versement d'indemnités journalières** pour les adhérents salariés dépendant du régime de Sécurité sociale des salariés s'ils sont hospitalisés, subissent de ce fait un arrêt de travail et s'ils bénéficient des indemnités journalières au titre de ce régime. Les indemnités journalières de la MGEL sont égales à 15 euros

par jour sous réserve d'Indemnités Journalières de Sécurité sociale non complètes. Les indemnités journalières sont versées à compter du 4ème jour d'arrêt et au maximum durant un nombre de jours par année universitaire défini dans le tableau des garanties ;

- **Dépassements d'honoraires** : le taux de remboursement est défini dans les tableaux des garanties ;
- **Participation forfaitaire de 24€** : remboursement sans limitation.

### Article 23 : MODULE OPTIQUE ET DENTAIRE

- **Forfait prothèses dentaires** : remboursables ou non par la Sécurité sociale, forfait annuel sur présentation de la facture acquittée du chirurgien-dentiste dont le montant est défini dans les tableaux des garanties ;

- **Dépassements d'honoraires sur soins dentaires** : le taux de remboursement est défini dans le tableau des garanties ;

- **Forfait optique** : pour lunettes de vue ou lentilles remboursables ou non par la Sécurité sociale, forfait annuel (ticket modérateur inclus) sur présentation de la prescription de l'ophtalmologiste (en cas de prestations non prises en charge par la Sécurité sociale) et de la facture acquittée à l'opticien dans tous les cas, dont le montant est défini dans les tableaux des garanties. La prise en charge est limitée au renouvellement d'un appareillage tous les deux ans et dans les conditions définies par la loi portant sur les contrats responsables. Traitement sur les verres, dans la limite des plafonds fixés par décret à 420€ pour un équipement à verres simples et 800€ pour un équipement à verres très complexes. Uniquement dans le cadre d'un achat dans un centre de soins optique (Mutualité Française, MGEN ...) et sur présentation d'une facture détaillée mentionnant le traitement spécifique lumière bleue ;

- **Forfait lentilles** : celui-ci est disponible au bénéfice de l'adhérent s'il n'a pas utilisé en cours d'année son forfait lunettes ;

- **Forfait orthodontie** : pour soins remboursables ou non par la Sécurité sociale, forfait annuel sur présentation de la facture acquittée à l'orthodontiste, dont le

montant est défini dans les tableaux des garanties :

- **Forfait prothèse auditive** : pour toutes prothèses auditives, sur présentation de la facture acquittée au prothésiste, dont le montant est défini dans les tableaux des garanties.

#### Article 24 : MODULE PRÉVENTION

- **Forfait contraceptif** : forfait trimestriel sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée pour la pilule nouvelle génération, anneau vaginal, patch ou de la facture acquittée du pharmacien pour les préservatifs féminin et masculin, pilule du lendemain, dont le montant est défini dans les tableaux des garanties ;

- **Les actes des psychiatres et des neuropsychiatres** sont pris en charge sans limitation à hauteur de 100% du tarif de responsabilité Sécurité sociale ;

- **Homéopathie** : forfait annuel couvrant les dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale (à l'exclusion des honoraires) sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée du pharmacien, dont le montant est défini dans les tableaux des garanties ;

- **Patch anti-tabac, substituts nicotiniques, prescrits médicalement** : forfait annuel sur demande écrite accompagnée de la prescription et de la facture acquittée, dont le montant est défini dans les tableaux des garanties ;

- **Vaccins et rappels** non remboursés par la Sécurité sociale : forfait annuel sur demande écrite accompagnée de la prescription et de la facture acquittée, dont le montant est défini dans les tableaux des garanties ;

- **Les médicaments conseillés par le pharmacien sont remboursés** dans les limites définies dans les tableaux des garanties, qu'ils soient de base remboursés ou non par la Sécurité sociale. La parapharmacie en est exclue ;

- **Forfait «retour tranquille»** : forfait annuel, couvrant les frais de taxi dans les limites définies dans les tableaux des garanties, lorsque celui-ci aura été pris

par un adhérent un jeudi, vendredi et/ou un samedi entre 0h et 6h du matin. L'adhérent sera tenu de présenter une facture à son nom faisant mention du jour, de l'heure de prise en charge et du montant payé pour bénéficier de ce forfait ;

- **Forfait «médecines douces»** : forfait annuel, couvrant les actes d'acupuncture, de chiropraxie, de micro-kinésithérapie, d'ostéopathie, de phytothérapie, de sophrologie et de magnétiseur ;
- **Forfait «consultation nutritionniste»** : les actes des nutritionnistes sont pris en charge suivant le nombre défini par les tableaux des garanties à hauteur de 150% du tarif de responsabilité d'une consultation généraliste ;
- **Forfait « fruits et légumes »** : forfait trimestriel sur présentation de facture de fruits et légumes frais, dont le montant est défini dans le tableau des garanties ;
- **Forfait «test de grossesse»** : forfait annuel sur demande écrite accompagnée de la prescription et de la facture acquittée, dont le montant est définie dans les tableaux des garanties ;
- **Forfait «auto test VIH»** : sur présentation d'une facture acquittée.

#### Article 25 : LES ASSURANCES COMPRISES

La MGEL inclut dans l'ensemble de ses complémentaires santé une responsabilité civile dont les caractéristiques sont présentées dans la Notice d'Informations Assurances et dans le Document d'Information sur un Produit d'Assurance (DIPA).

#### Article 26 : CARTE ASSURANCES

Les adhérents à une complémentaire santé MGEL peuvent souscrire en option à une Carte d'assurances. Celle-ci se renouvelle en même temps que la complémentaire santé de l'adhérent par tacite reconduction.

## VOTRE GARANTIE

Les taux indiqués incluent le remboursement de la Sécurité sociale et sont calculés sur la base du tarif de responsabilité à la date des soins.

		Taux Sécurité sociale au 30/05/2021	Garantie Piano	Garantie Mezzo	Garantie Alto
Hospitalisation	Honoraires médicaux				
	Généraliste ou Spécialiste adhérent OPTAM	80 à 100%	100 %	100 %	100 %
	Généraliste ou Spécialiste NON OPTAM <sup>(7)</sup>	80 à 100%	100 %	100 %	100 %
	Maternité	80 à 100%	100 %	100 %	100 %
	Forfait journalier hospitalier				
	Forfait journalier hospitalier (sans limitation)	-	100 %	100 %	100 %
	Frais liés à l'hospitalisation				
	Frais de séjour	80 %	100 %	100 %	100 %
	Prise en charge franchise 24€ <sup>(1)</sup>	-	-	100 %	100 %
	Transport	65 %	100 %	100 %	100 %
	Transport en cas d'accident	-	2300 €	2300 €	2300 €
	Dentaire	Soins dentaires en centre de soins	70 %	100 %	100 %
Soins dentaires		70 %	-	100 %	100 %
Prothèses dentaires (y compris en centre de soins)		70 %	-	107,50 € <sup>(8)</sup>	134,30 € <sup>(8)</sup>
Optique	Equipement monture + 2 verres	60 %	100 %	100 %	100 %
	Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	60 %	100 %	100 %	100 %
Aides auditives	Aides auditives	60 %	-	100 %	100 %
Soins courants <sup>(2),(3)</sup>	Honoraires médicaux				
	Consultations généralistes ou spécialistes OPTAM	70 %	100 %	100 %	125 %
	Consultations généralistes ou spécialistes NON OPTAM	70 %	100 %	100 %	105 %
	Médecin psychiatre et neuropsychiatre <sup>(4)</sup>	70 %	-	100 %	100 %
	Honoraires paramédicaux	60 %	-	100 %	125 %
	Médicaments				
	Vignette blanche et bleue	30 % à 65 %	100 %	100 %	100 %
	Matériel médical <sup>(5)</sup>	60 %	-	100 %	125 %
	Forfait petit appareillage <sup>(6)</sup>	-	-	15 € / an	100 € / an
	Vaccins remboursés par la Sécurité sociale	65 %	100 %	100 %	125 %
	Analyses et examens de laboratoire				
	Analyses	60 %	95 %	100 %	125 %
	Actes techniques OPTAM	70 %	-	100 %	125 %
	Actes techniques NON OPTAM	70 %	-	100 %	105 %
	Radiologie OPTAM	70 %	-	100 %	125 %
	Radiologie NON OPTAM	70 %	-	100 %	105 %
	Autres soins				
Chirurgie sans hospitalisation OPTAM	70 %	-	100 %	125 %	
Chirurgie sans hospitalisation NON OPTAM	70 %	-	100 %	105 %	
Autres services	Responsabilité civile (études, stages, vie quotidienne)	-	inclus	inclus	inclus
	Accès à l'ensemble de nos services (emplois, billetterie...)	-	inclus	inclus	inclus
	Accès au Fonds d'Entraide Mutualiste	-	inclus	inclus	inclus

(1) Les 24€ qui restent à votre charge ne sont pas couverts par la garantie Piano ; pour une couverture de cette franchise, voir le module hospitalisation.

(2) Les pénalités liées au «hors parcours de soins coordonné» (30% au lieu de 70%) ne sont pas prises en charge.

(3) Les médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15% ne sont pas pris en charge par les complémentaires MGEL.

(4) Les actes effectués par des psychiatres ou des neuropsychiatres ne sont pas pris en charge dans la garantie Piano ; pour une couverture de ces soins, voir module Prévention.

(5) Produits de la LPP (Liste des Produits et Prestations). Le détail des prestations, des modalités de versement et d'exclusion est précisé dans les conditions générales du contrat mutualiste.

Vous n'aurez pas de formalités spéciales à accomplir à l'échéance annuelle de votre complémentaire santé, elle sera automatiquement reconduite, incluant la responsabilité civile.

(6) Forfait petit appareillage : remboursement sur présentation de justificatifs d'achat ; concerne les genouillères, bandages et semelles orthopédiques.

(7) Pour les non signataires OPTAM (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée).

(8) Les montants indiqués dans le tableau sont arrondis à l'euro inférieur. Les montants sont précisés ci-après. Pour les prothèses dentaires, les remboursements concernant les prothèses ayant comme base de remboursement 107,50€ soit 134,39€ en Garantie Alto (Sécurité sociale + ticket modérateur + dépassement).

## VOS MODULES

Les modules peuvent être cumulés et ne peuvent être souscrits hors d'une garantie. Chacun peut être «doublé». Leurs forfaits sont annuels et fractionnables.

### Module Hospitalisation



### Module Optique & Dentaire



### Module Prévention



Module Hospitalisation	x2	
	Simple	Double
Chambre individuelle	15€ par jour	30€ par jour
Frais liés à votre hospitalisation	20€ par jour dès le 2 <sup>ème</sup> jour	40€ par jour dès le 2 <sup>ème</sup> jour
Dépassements d'honoraires <sup>(9)</sup>	125% (105% non OPTAM <sup>(7)</sup> )	150% (125% non OPTAM <sup>(7)</sup> )
Prise en charge de la franchise de 24€	sans limite	sans limite
Indemnités journalières sur la base des indemnités journalières versées par la CPAM	15€ par jour du 4 <sup>ème</sup> au 20 <sup>ème</sup> jour (par an)	15€ par jour du 4 <sup>ème</sup> au 40 <sup>ème</sup> jour (par an)
<b>COTISATION MENSUELLE</b>	<b>2 €</b>	<b>4 €</b>

Module Optique et Dentaire	x2	
	Simple	Double
Lunettes à verres simples <sup>(10)</sup>	125€	250€
Lunettes à verres complexes <sup>(11)</sup>	200€	250€
Traitement lumière bleue pour verres simples et complexes <sup>(12)</sup>	5€ par an	10€ par an
Lentilles <sup>(13)</sup>	125€	250€
Prothèses dentaires	100€	200€
Chirurgie correctrice de la myopie et de la presbytie	100€	200€
Dépassements d'honoraires sur soins dentaires	125%	150%
Orthodontie	100€	200€
Prothèses auditives	100€	200€
<b>COTISATION MENSUELLE</b>	<b>6,90 €</b>	<b>13,80 €</b>

Module Prévention	x2	
	Simple	Double
Contraception	15€ / trimestre soit 60€ /an	30€ / trimestre soit 120€/an
Test de grossesse <sup>(14)</sup>	5€ par an	10€ par an
Autotest VIH <sup>(14)</sup>	5€ par an	10€ par an
Forfait consultations nutritionniste	2 par an	4 par an
Forfait fruits et légumes <sup>(15)</sup>	15€ / trimestre soit 60€ /an	30€ / trimestre soit 120€/an
Consultations neuropsychiatrie	illimité	illimité
Homéopathie	60€ par an	120€ par an
Médecines douces <sup>(16)</sup>	25€ par an	50€ par an
Substituts nicotiques	50€ par an	100€ par an
Vaccins et rappels (non remboursés par la Sécurité sociale)	35€ par an	70€ par an
Médicaments conseillés par le pharmacien et non prescrits	15€ par an	30€ par an
Retour tranquille (remboursement de frais de taxi en soirée) <sup>(17)</sup>	15€ par an	30€ par an
<b>COTISATION MENSUELLE</b>	<b>4,20 €</b>	<b>8,40 €</b>

(9) Ce taux inclut la base du tarif de responsabilité + le ticket modérateur + le dépassement d'honoraires.

(10) Lunettes verres simples : Verres unifocaux dont la sphère se situe entre -6.00/+6.00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00.

(11) Lunettes verres complexes : tout autre équipement.

Prise en charge du forfait lunettes (monture + verres) limitée à un équipement tous les 2 ans (à compter de la date d'acquisition) sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : renouvellement annuel. Le remboursement de la monture est limité à 100€. Les forfaits optique incluent la prise en charge du ticket modérateur.

(12) Traitement sur les verres, dans la limite des plafonds fixés par décret à 420€ pour un équipement à verres simples et 800 € pour un équipement à verres complexes. Uniquement dans le cadre d'un achat dans un centre de soins optiques (Mutualité Française, MGEN...) et sur présentation d'une facture détaillée mentionnant le traitement spécifique lumière bleue.

(13) Disponible si le forfait Lunettes n'a pas été consommé (voir conditions générales).

(14) Sur présentation d'une facture.

(15) Remboursement sur présentation de justificatifs d'achat ; seuls les fruits & légumes frais peuvent faire l'objet d'une prise en charge.

(16) Forfait médecines douces : forfait annuel, couvrant les actes d'acupuncture, de chiropraxie, de micro-kinésithérapie, d'ostéopathie, de phytothérapie, de sophrologie et de magnétiseur.

(17) Sur présentation de la facture d'une prise en charge par un taxi les jeudis, vendredis et samedis entre 0 h et 6 h du matin.