

DISPOSITIONS GENERALES

Valant Note d'Information

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Mutuelle Générale des Etudiants de L'Est - MGEL

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité Inscrite au Registre des Mutuelles sous le n° 783 332 448

SOMMAIRE

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES	p.1
Article 1 : OBJET DU CONTRAT	p.1
Article 2 : INTERVENANTS	p.1
TITRE II : L'ADHESION	p.2
Article 3 : CONDITIONS SPECIFIQUES ET IMPERATIVES D'ADHESION	p.2
Article 4 : FORMALITES D'ADHESION	p.2
Article 5 : OUVERTURE DES DROITS	p.2
Article 6 : DUREE DE COUVERTURE	p.2
TITRE III : LES COTISATIONS	p.3
Article 7 : LES COTISATIONS	p.3
Article 8 : DATE ET MODALITÉS DE PAIEMENT	p.3
Article 9 : DEFAUT DE PAIEMENT	p.3
Article 10 : EVOLUTION DES COTISATIONS	p.3
TITRE IV : LES PRESTATIONS	p.3
Article 11 : CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	p.3
Article 12 : RISQUES COUVERTS	p.3
Article 13 : FIN DU CONTRAT ou CESSATION DES GARANTIES	p.4
Article 14 : RECONDUCTION AUTOMATIQUE	p.4
Article 15 : SUBROGATION	p.4
Article 16 : PRESCRIPTION	p.4
Article 17 : RISQUES EXCLUS	p.5
TITRE V : INFORMATION DES ADHERENTS	p.5
Article 18 : INFORMATIQUE ET LIBERTES	p.5
Article 19 : MODIFICATIONS	p.5
TITRE VI : LES GARANTIES ET COTISATIONS	p.5
Article 20 : GARANTIES DE BASE	p.5
Article 21 : MODULE HOSPITALISATION PLUS	p.6
Article 22 : MODULE OPTIQUE ET DENTAIRE	p.6
Article 23 : MODULE PRÉVENTION	p.6
Article 24 : LES ASSURANCES COMPRISES	p.6
TABLEAU DES GARANTIES	p.7

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 n°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, 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 MGEL ainsi que le présent contrat mutualiste intitulé «Dispositions Générales de la complémentaire santé» valant 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 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 1^{er} Septembre pour les garanties 13 mois souscrites entre le 11 Août et le 10 Septembre de l'année N
- Le 1^{er} 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.

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.

TITRE III : LES COTISATIONS

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.

Il peut également souscrire une garantie pour une période de 15 mois, avec une fin de droits décalée, si le cycle de ses études est de ce type (par exemple, écoles d'infirmières, d'avocats ou de notaires).

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.

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). Pour toute première souscription à une complémentaire santé, les titulaires d'un Pass YAY de l'année en cours bénéficient d'une réduction de :

- 28 euros avant le 1^{er} février
- 14 euros du 1^{er} au 31 mars

Dans le cas où un ancien adhérent à une complémentaire santé MGEL a souscrit au Pass YAY pour l'année N, une réduction de 16 euros lui sera offerte sur le renouvellement de sa garantie pour l'année N+1.

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 10 de chaque mois. Si l'adhésion est enregistrée après que les demandes de prélèvements aient été envoyées à la banque, le premier prélèvement sera décalé d'un mois et son montant doublé.
- 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 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 le L.P.P. (liste des produits et prestations), d'optique, de soins et prothèses dentaires, de cure thermique, 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 de prescription lors de la première exécution.

Date de chaque exécution à partir de la deuxième, en cas d'examen biologiques répétés.

6) - Sports

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 thermale 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 CMU Complémentaire (la résiliation sera rétroactive si la notification nous est adressée dans un délai maximum de 3 mois suivant l'ouverture de droits à la CMU);
- 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^o 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.

Article 14 : RECONDUCTION AUTOMATIQUE

L'adhésion se renouvelle automatiquement, sans démarche particulière, à la date du 1^{er} Octobre de l'année suivante et ce, pour une année. Les garanties sont celles dont le contenu en terme de prestations est le plus proche de la complémentaire santé choisie l'année précédente sauf s'il dénonce son adhésion. 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 mort, 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

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 18 € 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

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 MGEL et de ses mandataires. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège social de la Mutuelle.

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 1^o adhésion; il est toutefois admis un délai d'un mois après cette adhésion 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).

Les précisions suivantes sont apportées pour certaines prestations.

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 20 : GARANTIES DE BASE

Les garanties sont dites « responsables » conformément à l'article R871- 1 du Code de la Sécurité Sociale

- forfait journalier : remboursement de la somme de 18€ (13,5 € 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 SS.

- 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.

Article 21 : 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 2^e 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 4^e 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 18€ : remboursement sans limitation

Article 22 : 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 par 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.
- 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 par 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 par le prothésiste, dont le montant est défini dans les tableaux des garanties.

Article 23 : 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 SS : 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 magnétisme.
- 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 de la Sécurité sociale.
- 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 défini dans les tableaux des garanties.
- Forfait «auto test VIH» : sur présentation d'une facture acquittée.

Article 24 : 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.

Article 25 : 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.

Tableau des garanties - mentions légales

Les garanties Mezzo et Alto sont dites «responsables» conformément à l'article R871-1 du code de la Sécurité sociale, par conséquent la MGEL applique les évolutions pour être en conformité. Les garanties Mezzo et Alto étant «responsables», elles ne prennent pas en charge :

la participation forfaitaire de 1€ / la majoration de la participation financière de l'assuré en cas de non respect du parcours de soins / la franchise de 8€ sur les dépassements d'honoraires sur des actes cliniques et techniques / les franchises de 0,5€ par médicament prescrit et par acte auxiliaire médical, et de 2€ par transport en véhicule sanitaire ou taxi. (1) Les 18€ qui restent à votre charge ne sont pas couverts par la garantie Piano ; pour une couverture de cette prestation, voir le module hospitalisation. (2) Les pénalités liées au «hors parcours de soins coordonnés» (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. (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 le module Prévention. (5) Actes de la CCAM Classification Commune des Actes Médicaux. Le détail des prestations, des modalités de versement et d'exclusion est précisé dans les conditions générales du contrat mutualiste. Les taux de remboursement indiqués dans les garanties correspondent au pourcentage total [Sécurité sociale + Complémentaire] appliqué au tarif de responsabilité de la Sécurité sociale connu au 30 mars 2016. 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) 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. (7) Pour les non signataires du Contrat d'Accès aux Soins. (8) Sur présentation d'une facture. (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 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 150€. (12) Disponible si le forfait Lunettes n'a pas été consommé (voir conditions générales). (13) Voir le détail des remboursements sur www.mgel.fr

