



À LA MEP, ON ASSURE

LES JEUNES

ET LEUR QUOTIDIEN

www.mep.fr



L'ASSURANCE
DES JEUNES



L'ASSURANCE DES JEUNES

PRÉAMBULE

Une mutuelle, appelée « Mutuelle des Étudiants de Provence » (MEP) est établie à Marseille (13008) au 10 rue Léon Paulet - CS 40042 - 13417 Marseille Cedex 08. Elle est régie par le Code de la mutualité et est soumise notamment aux dispositions du livre II dudit code. Conformément à l'article R.414-1 du Code de la mutualité, elle est immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro 782 814 826.

OBJET DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Article 1 : Objet

En application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité et de l'article 3 des statuts de la MEP, il est établi un règlement mutualiste. Celui-ci définit les engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la MEP en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Article 2 : Garanties mutualistes

Gamme de garanties

La gamme se décline en sept garanties mutualistes :

- 5 garanties complémentaires santé : « Basicick », « Déclick », « Pratick », « Dynamick », « Stratégick » ;
● Une garantie « T'es Bien » ;
● Une garantie « T'as Tout ».

À l'exception des garanties « T'as Tout » et « T'es Bien », la gamme des garanties MEP est réservée aux personnes qui relèvent d'un régime d'Assurance Maladie français.

Durée

Les garanties complémentaires santé sont souscrites pour une durée minimale de 3 mois et pour une durée maximale de 12 mois. En toute hypothèse les garanties, quelle que soit la durée souscrite, cessent de produire leurs effets au 31 août.

OBLIGATIONS DES ADHÉRENTS ENVERS LA MEP

Article 3 : Cotisations

Le membre participant s'engage au paiement d'une cotisation qui est affectée pour partie à la couverture des prestations assurées directement par la MEP, et pour partie à la couverture du risque porté par d'autres organismes habilités à pratiquer des opérations d'assurance. Le montant de la cotisation varie selon la garantie choisie par le membre participant, conformément à l'article 2 du présent règlement.

Pour l'année universitaire 2018/2019, les montants des garanties sont les suivants :

- Garantie « Basicick » : 6 € par mois.
● Garantie « Déclick » : 12 € par mois.
● Garantie « Pratick » : 25 € par mois.
● Garantie « Dynamick » : 32 € par mois.
● Garantie « Stratégick » : 45 € par mois.
● Garantie « T'es Bien » : 24 €.
● Garantie « T'as Tout » : 16 €.

Pour adhérer à l'une de ces garanties, hormis les garanties « T'as Tout », « T'es Bien » le membre participant peut bénéficier sans frais supplémentaires d'un paiement fractionné. Pour les garanties qui ont fait l'objet d'une tacite reconduction, le paiement de la cotisation s'effectue soit au comptant, soit par prélèvement de 12 mensualités égales.

Pour les garanties nouvellement souscrites, le paiement s'effectue soit au comptant, soit par paiement fractionné. En cas de paiement fractionné, le nombre de prélèvements est égal au nombre de mois de la durée de la garantie complémentaire santé.

Les prélèvements sont effectués le 7 du mois.

En application de l'article 7 des statuts de la MEP, la qualité d'ayant droit n'induit pas la gratuité des cotisations qui sont affectées à la couverture des prestations versées par la MEP. Le membre participant doit s'acquitter de la ou des cotisations dues au titre de ses ayants droit, par rapport à la ou aux garanties choisies. L'ayant droit conjoint peut choisir une garantie différente de celle choisie par le membre participant. Sont comprises dans cette cotisation les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (unions, fédérations), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes désignés ci-après : FMIP, FNIM et emeVia. La cotisation est fixée forfaitairement. La cotisation est individuelle par membre participant.

Article 4 : Renonciation

En application des dispositions légales, le souscripteur peut renoncer à sa demande d'adhésion, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée par le membre participant au siège social de la MEP, pendant un délai de quatorze jours à compter de la date de demande d'adhésion et obtenir la restitution intégrale des cotisations versées, déduction faite des éventuelles prestations payées pendant cette période ou restitution de celle-ci pour le surplus.

Article 5 : Tacite reconduction

La gamme de garanties, à l'exclusion des garanties « T'as Tout » et « T'es Bien », se renouvelle par tacite reconduction, d'année en année, pour une durée de 12 mois (et ce quelle qu'ait pu être leur durée initiale).

En application de la loi Chatel n°2005-67 du 28 janvier 2005, reprise dans les dispositions de l'article L221-10-1 du Code de la mutualité, pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles, la date limite d'exercice par le membre participant du droit de renonciation de l'adhésion sera appelée à chaque avis d'échéance annuel et en toute hypothèse avant le 30 juin.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de 15 jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant est informé qu'il dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Le délai de renonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la Poste.

OBLIGATIONS DE LA MEP ENVERS SES ADHÉRENTS

Article 6 : Objet des garanties mutualistes

La MEP verse des prestations en complément de celles versées par un organisme gérant un régime d'Assurance Maladie français. Le remboursement ne peut en aucun cas être supérieur au prix réel payé par le membre participant.

Article 7 : Ouverture et fin de droits aux prestations

Ouverture des droits

L'ouverture des droits intervient au lendemain du paiement à 0 heure et au plus tôt au 1^{er} septembre, pour toute la gamme de garanties.

Fin des droits

La fin des droits intervient au 31 août de chaque année pour toute la gamme de garanties.

Article 8 : Prestations

Pour les garanties annuelles, les risques couverts, les taux de remboursement, les niveaux de prestations, les montants et les conditions d'attribution des forfaits et les tarifs sont indiqués dans le tableau ci-après.

Le Conseil d'Administration de la MEP définit annuellement les risques couverts, les taux de remboursement venant en complément de ceux déterminés par l'Assurance Maladie, les forfaits et leur montant et les tarifs des garanties santé indiquées à l'article 3 du présent règlement.

Tous les remboursements indiqués en taux incluent le remboursement Sécurité Sociale et sont basés sur les taux de remboursement et les tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale en vigueur au moment de l'exécution des présentes. Toute modification des prestations et des taux de remboursement par l'Assurance Maladie qui viendrait à être supérieure à 50 % par rapport aux tarifs et aux taux de remboursement de référence figurant sur la brochure n'entraîne pas pour autant une compensation financière supplémentaire payée par

la MEP au membre participant, pour la partie allant au-delà des 50 % de modification des tarifs et de taux de remboursement par l'Assurance Maladie.

Par contre la MEP assure, financièrement et elle seule, toute modification en cours d'année allant jusqu'à 50 % de modification des tarifs et des taux de remboursement de la Sécurité sociale par rapport aux tarifs et aux taux de remboursement de la Sécurité sociale de référence figurant sur le tableau ci-après. À l'exception de la garantie « T'es Bien », la MEP prend en charge le versement d'un capital en cas d'invalidité permanente totale ou partielle consécutive à un accident (cf. article 11 du présent règlement).

À l'exception des garanties « T'as Tout » et « T'es Bien », la MEP prend en charge en cas d'hospitalisation :

- le remboursement du forfait journalier sur la base des tarifs en vigueur à la date de l'hospitalisation à l'exception des risques limités (voir ci-après) ;
● en cas d'accident et sur prescription médicale, les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation ou d'ambulance, induits par ledit accident et restant à la charge de l'assuré, après remboursement versé par un organisme gérant un régime d'Assurance Maladie français.

Pour les garanties « Basicick », « Déclick », « T'as Tout » et « T'es Bien », le remboursement de la « participation assuré » (PA), de 24 € à ce jour, hors hospitalisation, n'est pas pris en charge.

Le versement des forfaits ci-après indiqués s'effectue sur prescription médicale, lorsque celle-ci est requise, et sur présentation des factures ou reçus établis aux noms et prénoms du membre participant.

En outre, si le membre participant n'est pas couvert par la MEP pour le Régime Obligatoire, il doit présenter, avec les justificatifs précédents, une copie de son relevé des prestations

Complémentaires santé MEP

« 12 mois » 2018/2019

Preise d'effet, au plus tôt, le 01/09/2018, fin d'effet, le 31/08/2019

Table with 6 columns: Garantie (Basicick, Déclick, Pratick, Dynamick, Stratégick) and 5 rows of services (Hospitalisation, Soins courants, Autres Soins, Forfaits supplémentaires, Solidarité). Each cell contains a percentage or monetary value.

(1) Sauf pour les établissements médico-sociaux, Psychiatrie, neuro-psychiatrie, centres d'éducation et de soins spécialisés limités à 12 jours par personne et par an pour les garanties « Basicick » et « Déclick ». (2) Pour les actes pris en charge à 100% par la Sécurité sociale dont le coefficient est supérieur à 60 ou le prix supérieur à 120 €, une franchise de 20 € s'applique. (6) Dans le cadre d'une hospitalisation, (6) Hors hospitalisation. (7) Voir conditions d'application dans le règlement mutualiste. (8) Le Médecin traitant doit être impérativement déclaré pour être dans le parcours de soins. Pour les actes de psychiatrie et neuropsychiatrie, limitation à 12 consultations par personne et par an pour la garantie « Déclick ». (9) Pratick, les tarifs définies par l'Assurance Maladie. (10) Dans la limite des frais engagés et de la consommation des forfaits qui sont fractionnés dans l'année. Sur présentation de factures et ordonnances. Si vous n'êtes pas couvert en Sécurité sociale par la MEP, vous devez joindre un relevé de prestations Sécurité sociale en plus des justificatifs précédents. (7) Forfait limité à 5 consultations auprès d'un psychologue non remboursées par la Sécurité sociale ou d'un psychologue clinicien ou d'un psychologue. (8) Forfait limité à 2 séances. (9) Forfait limité à 2 séances après d'un ostéopathe, d'un chiropracteur ou d'un étiopathe. (10) Forfait limité à 2 consultations auprès d'un nutritionniste ou d'un diététicien. (11) Un équipement est défini par une monture et deux verres correcteurs. Les forfaits sont limités à un équipement tous les deux ans sauf en cas d'évolution de la correction et pour les mineurs. La prise en charge de la monture est limitée à 150 € par équipement. Se reporter au règlement mutualiste pour la définition des verres simples, complexes, et très complexes. Pour un équipement composé d'un verre simple et d'un verre complexe ou d'un verre très complexe, le forfait est calculé ainsi : somme des forfaits des deux types de verres divisée par deux. (12) Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale. (13) Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité sociale. Forfait limité à 120 € pour la première dent, pour la garantie « Dynamick ». Forfait limité à 150 € pour la première dent pour la garantie « Stratégick ». (14) Dans la limite de 3 courses, soit 15 €. (15) Pour pouvoir bénéficier du forfait naissance, l'adhérent doit justifier d'au moins 10 mois d'adhésion consécutifs à une garantie santé MEP au moment de la prise en charge. (16) Hors parcours de soins coordonnés, le remboursement de 40 % est limité à 10 € par acte (au 08/04/2018). Tous nos remboursements incluent le remboursement Sécurité sociale et sont basés sur les taux de remboursement et les tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale en vigueur au 08/04/2018. Toute modification des prestations et taux de remboursement par l'Assurance Maladie ne sera ni en aucune manière engage la responsabilité de la MEP.

Sécurité Sociale. Le versement des forfaits s'effectue dans la limite des frais engagés par le membre participant, le versement peut être fractionnable.

Conformément à la Circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 portant sur les contrats responsables, le forfait optique est attribué pour l'achat d'un équipement composé d'une monture et de 2 verres correcteurs.

Les forfaits sont limités à un équipement tous les deux ans sauf en cas d'évolution de la correction et pour les mineurs. La prise en charge de la monture est limitée à 150 € par équipement.

Les verres simples donnant droit à un forfait de 50 € pour la garantie « Pratic » , de 65 € pour la garantie « Dynamick » et de 90 € pour la garantie « Stratégick » sont définis ainsi :

- une sphère comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

Les verres complexes donnant droit à un forfait de 200 € pour la garantie « Pratic » , de 260 € pour la garantie « Dynamick » et de 370 € pour la garantie « Stratégick » sont définis ainsi :

- une sphère hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou un cylindre supérieur à + 4,00 dioptries,
- des verres multifocaux ou progressifs.

Les verres très complexes donnant droit à un forfait de 200 € pour la garantie « Pratic » , de 260 € pour la garantie « Dynamick » et de 370 € pour la garantie « Stratégick » sont définis ainsi :

- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

Pour les équipements composés d'un verre simple et d'un verre complexe ou très complexe, le forfait se calcule ainsi : somme des forfaits des deux types de verres divisée par deux. Par exemple dans le cadre de la garantie « Pratic » et pour un équipement composé d'un verre simple et d'un verre complexe le forfait est de $(50 + 200) / 2 = 125$ €.

Le forfait lentilles est attribué pour l'achat de lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale.

Le forfait prothèse dentaire est attribué pour des prothèses remboursées ou non par la Sécurité sociale avec un forfait limité à 120 € pour la première dent et 30 € pour la seconde dent pour la garantie « Dynamick ». De même le forfait est limité à 150 € pour la première dent et 100 € pour la seconde dent pour la garantie « Stratégick ».

Le forfait naissance est attribué, sur présentation du certificat de naissance, lorsque le membre participant justifie d'au moins dix mois consécutifs d'adhésion à une garantie complémentaire santé MEP ouvrant droit à ce forfait.

Il est limité à une seule prime par enfant.

À l'exception du forfait optique et pour les garanties inférieures à 12 mois, les montants alloués au titre des forfaits sont calculés sur la base du montant des forfaits annuels à prorata temporis (l'unité de temps est le mois).

Exemple : pour un forfait acupuncture dans le cadre d'une garantie « Pratic » souscrite le 25 février pour une prise d'effet au 1^{er} mars (soit 6 mois de garantie du 1^{er} mars au 31 août), le forfait s'établit à $10 \times 6 / 12 = 5$ € par séance dans la limite annuelle de $3 \times 10 \times 6 / 12 = 15$ €).

Pour les garanties « Pratic » , « Dynamick » et « Stratégick » dont la période de couverture est de 11 mois, 10 mois, 9 mois ou 8 mois, les forfaits optiques attribués pour des équipements composés de verres simples, complexes, très complexes ou résultant d'une combinaison de ces verres sont égaux à ceux définis pour les garanties 12 mois et indiqués supra.

Pour la garantie « T'es Bien », les montants des forfaits sont :

- forfait aide à l'arrêt du tabac : 45 € ;
- forfait médicaments non prescrits : 35 € ;
- forfait contraception non remboursable : 20 € ;
- forfait contraception d'urgence : 10 € ;
- forfait préservatifs : 30 € ;
- forfait test de grossesse : 10 € ;
- forfait gel lubrifiant : 10 € ;
- forfait bouchons d'oreilles : 7 €.

Il est rappelé que cette garantie ne comprend que des forfaits non soumis au prorata temporis ainsi qu'à l'obligation mentionnée à l'article 6.

Risques limités

Pour les garanties « Basic » et « Déclik », le nombre de forfaits journaliers remboursés pour hospitalisation en services psychiatriques, neuropsychiatriques ainsi que ceux pour les centres d'éducation et de soins spécialisés, est égal au nombre de mois de la garantie souscrite.

Pour la garantie « Déclik », le nombre d'actes psychiatriques et neuropsychiatriques remboursés est limité au nombre de mois de la garantie souscrite.

Pour la garantie « Stratégick », la prise en charge du dépassement d'honoraire pour un praticien non signataire du contrat d'accès aux soins tel que défini par l'Assurance Maladie est limité à un taux inférieur de 20 % par rapport au taux de prise en charge pour un praticien signataire.

Risques exclus

Les actes de chirurgie esthétique et/ou réparatrice non pris en charge par la Sécurité sociale.

■ Article 9 : Date de prise en compte pour la détermination du droit au remboursement des prestations

Le droit au remboursement des prestations liées à l'hospitalisation et aux forfaits optique et dentaire est soumis à un délai de carence d'un mois.

Le délai de carence ne s'applique pas si l'adhérent était couvert par un organisme assurant des prestations complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances...) moins de deux mois avant la date d'adhésion ou si les prestations sont liées à un accident survenu après la date d'adhésion.

Les dates de prise en compte pour la détermination du droit au remboursement des prestations sont les suivantes :

- Actes des praticiens prescripteurs (médecins, dentistes, sages-femmes) : date des soins.
- Actes des auxiliaires médicaux : date d'exécution.
- Médicaments - accessoires - pansements - optique - autres fournitures : date d'exécution.
- Prothèses dentaires : date d'exécution.
- Appareillage : date d'exécution.
- Analyses médicales : date d'exécution.
- Transports en ambulance, en VSL, en taxi ou autre moyen personnel ou public : date du déplacement.
- Hospitalisation pour les frais de séjour et honoraires :

chaque journée d'hospitalisation.

● Cures thermales : date d'exécution.

● Cas particuliers pour les décomptes qui ont été établis par un organisme gérant un régime d'Assurance Maladie français : date des soins précisée sur le décompte, lorsque la demande de prestations est effectuée sur présentation de décomptes de règlements établis un organisme gérant un régime d'Assurance Maladie français qui est intervenu dans un premier temps.

Le membre participant doit communiquer les volets de facturation établis par les professionnels de santé destinés à la MEP. L'ensemble de ces précisions peut être fourni par un certificat du premier organisme payeur.

En cas d'impossibilité pour le membre participant de fournir les détails nécessaires pour la prise en charge, il doit certifier sur l'honneur que les soins ont été exécutés pendant la période d'ouverture des droits.

● Pour les forfaits : date d'exécution.

Pour le forfait naissance, c'est la date de la naissance de l'enfant du membre participant sur présentation du livret de famille portant mention de la naissance.

■ Article 10 : Prescription du droit aux remboursements

Le droit aux remboursements des prestations mutualistes se prescrit à compter de la date du début des soins jusqu'au terme d'une période de deux ans.

■ Article 11 : Individuelle Accident (Décès - Invalidité)

Les membres participants qui ont souscrit à l'un des contrats mutualistes proposé par la MEP, à l'exception de la garantie « T'es Bien » qui ne comprend que des forfaits, bénéficient de l'assurance individuelle accident/décès.

Les capitaux versés au titre de l'assurance individuelle accident :

- pour une invalidité de 0 % à 10 % (inclus) : pas de capital versé ;
- pour une invalidité de 11 % à 15 % (inclus) : 2 000 € x taux d'invalidité ;
- pour une invalidité de 16 % à 20 % (inclus) : 6 000 € x taux d'invalidité ;
- pour une invalidité de 21 % à 30 % (inclus) : 12 000 € x taux d'invalidité ;
- pour une invalidité de 31 % à 50 % (inclus) : 15 000 € x taux d'invalidité ;
- pour une invalidité de 51 % à 75 % (inclus) : 20 000 € x taux d'invalidité ;
- pour une invalidité de 76 % à 90 % (inclus) : 25 000 € x taux d'invalidité ;
- pour une invalidité de 91 % à 100 % (inclus) : 35 000 € x taux d'invalidité.

Le taux d'invalidité est un % (pourcentage).

À titre d'exemple, pour 60 % d'invalidité, il est donc versé un capital de 12 000 € (20 000 € x 0,60).

La MEP n'intervient qu'à hauteur de 20 % des montants indiqués, la part restante du capital versé est prise en charge dans les mêmes conditions par un partenaire assureur (voir infra les informations concernant les garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance en l'espèce CHUBB European Group Limited, co-assureur à hauteur de 80 % du risque).

Le taux d'invalidité est fixé à dire d'expert inscrit auprès de la Cour d'Appel et en se fondant uniquement sur le Guide Barème Européen d'Évaluation Médicale des Atteintes à l'Intégrité Physique et Psychique, consultable dans les Espaces MEP ou via Internet sur www.mep.fr.

La MEP propose aux membres participants et à leurs ayants droit, un capital en cas de décès consécutif à un accident. Il s'agit d'un capital d'un montant de 610 € pour les membres participants célibataires, ce capital est augmenté de 305 € pour les membres participants mariés, ce capital est aussi augmenté de 305 € par enfant à charge avec un maximum de 1525 € (soit 2 enfants à charge).

Les enfants sont considérés comme étant à charge dans les seuls cas énumérés ci-dessous :

- s'ils sont âgés de moins de 21 ans ;
- s'ils ont plus de 21 ans et moins de 25 ans et qu'ils poursuivent leurs études. Les revenus ou rémunérations éventuellement perçus annuellement par ceux-ci devront être inférieurs au montant minimum imposable au titre de l'I.R.P.P. ;
- s'ils sont infirmes (hors d'état de subvenir eux-mêmes à leurs besoins, quel que soit leur âge) ;
- s'ils ont été conçus nés viables dans les trois cent jours suivant la date de l'accident ayant entraîné le décès de l'assuré.

Bénéficiaire : personne qui reçoit de la MEP les sommes dues au titre des sinistres. En cas de décès du membre participant, à moins qu'une autre personne n'ait été désignée par le membre participant, le bénéficiaire est le conjoint survivant, ni divorcé ni séparé de corps judiciairement et à défaut ses ayants droit. Dans les autres cas, les sommes dues seront payées au membre participant. Sont exclues du bénéfice de l'assurance les personnes qui auraient volontairement provoqué l'accident.

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime un membre participant et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure et toutes les manifestations pathologiques qui sont la conséquence directe d'une telle atteinte corporelle, sous réserve des exclusions énumérées ci-après.

Sont assimilés aux accidents :

- les infections causées directement par un accident garanti, à l'exclusion de toute infection résultant de l'intervention humaine après un accident garanti ;
- les empoisonnements et lésions corporelles dus à l'absorption non intentionnelle de substances toxiques ou corrosives ;
- l'asphyxie due à l'action imprévue de gaz ou de vapeurs ;
- la noyade et les maladies infectieuses qui sont la conséquence d'une chute dans l'eau ou dans un liquide infecté ;
- les gelures, coups de chaleur, insolation ainsi que l' inanition et l'épuisement par suite de naufrage, atterrissage forcé, écoulement, avalanche, et inondation ;
- les lésions corporelles résultant d'agression ou d'attentat dont le membre participant est victime sauf s'il est prouvé qu'il aurait pris une part active comme auteur ou instigateur de ces événements.

Maladie : toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Déchéance : privation du droit aux sommes prévues dans le

contrat par suite du non-respect par le membre participant de certaines obligations qui lui sont imposées.

L'assurance ne couvre pas les sinistres :

- causés ou provoqués intentionnellement par le membre participant ;
- dus à la conduite en état d'ivresse lorsque le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur à celui légalement admis dans le pays où a lieu l'accident ;
- dus à l'usage par le membre participant de drogues, stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement ;
- survenus lorsque le membre participant présentait un taux d'alcoolémie supérieur à 0,50 gramme/litre de sang lors de la survenance du sinistre et ce qu'importe que le taux d'alcoolémie n'ait pas été la cause exclusive et/ou aggravante du sinistre ;
- causés par le suicide ou la tentative de suicide du membre participant ;
- résultant de la participation du membre participant à des paris de toute nature (sauf compétitions sportives), à des rixes (sauf en cas de légitime défense), à des crimes ;
- résultant de la pratique d'un sport en tant que professionnel ainsi que de la participation même en tant qu'amateur à des courses de véhicules à moteur ou des tentatives de records ;
- résultant de l'utilisation, comme pilote, ou membre d'équipage d'un appareil quelconque permettant de se déplacer dans les airs ou de la pratique de tous les sports aériens et notamment du delta plane, du parachutisme, du parapente ou de l'ULM ;
- survenus lorsque le membre participant est passager d'un appareil de locomotion aérienne qui n'est pas agréé pour le transport de passagers ;
- provoqués par la guerre étrangère - le membre participant ou le bénéficiaire doit prouver que le sinistre résulte d'un autre fait ;
- provoqués par la guerre civile - il appartient à la MEP de faire la preuve que le sinistre résulte de ce fait ;
- résultant de crise d'épilepsie, de rupture d'anévrisme, d'un infarctus du myocarde, d'une embolie cérébrale ou d'une hémorragie méningée,
- dus aux effets d'une modification quelconque de la structure atomique de la matière ou à l'accélération artificielle de particules atomiques ou encore dus à la radiation provenant de radio-isotopes.

Étendue territoriale : les garanties sont acquises quel que soit le lieu de survenance du sinistre.

Obligations de la MEP

En cas de décès du membre participant garanti

Lorsqu'un membre participant est victime d'un accident et décède de ses suites dans les 24 mois de sa survenance, la MEP verse au bénéficiaire la somme indiquée à l'article 11.

Si le corps du membre participant n'a pas été retrouvé à la suite d'un accident d'avion, d'un naufrage, de la destruction d'un moyen de transport public ou de la disparition du moyen de transport public utilisé, et si aucune nouvelle n'a été reçue du membre participant, des autres passagers ou des membres d'équipage dans les deux ans qui suivent, alors il est présumé que le membre participant aura péri des suites de cet événement. Le capital peut être versé avant l'expiration du délai de deux ans sur présentation d'un jugement déclaratif de décès.

En cas d'invalidité permanente

Lorsqu'un membre participant est victime d'un accident et qu'il est établi qu'il reste invalide de ses suites, partiellement ou totalement, la MEP verse au membre participant la somme obtenue en multipliant le montant indiqué à l'article 11 par le taux d'invalidité établi à partir du Guide Barème Européen d'Évaluation Médicale des Atteintes à l'Intégrité Physiques et Psychiques précisé à l'article 11 (cf. exemple).

Le taux d'invalidité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état du membre participant et au plus tard à l'expiration d'un délai de trois ans à partir de la date de l'accident. Pour les cas d'invalidité non prévus au barème précité, les taux sont fixés par comparaison de leur gravité avec des cas énumérés dans le barème. Les taux d'invalidité sont fixés en dehors de toute considération professionnelle ou scolaire. La perte anatomique de membres ou organes déjà perdus fonctionnellement avant l'accident ne peut donner lieu à indemnisation.

Les lésions aux membres ou organes déjà invalides avant l'accident ne sont indemnisées que par différence entre l'état avant et après l'accident. L'évaluation des lésions à un membre ou organe ne peut être influencée par l'état d'invalidité préexistant d'un autre membre ou organe.

Si plusieurs membres ou organes sont atteints par le même accident, les taux d'invalidité se cumuleront sans pouvoir dépasser 100 %.

En cas de décès accidentel avant consolidation de l'invalidité, seul le capital prévu en cas de décès est versé, déduction faite éventuellement des sommes qui auraient pu être avancées au titre de l'invalidité.

Il n'y a pas cumul des garanties décès et invalidité lorsqu'elles résultent d'un même accident.

Déclaration de sinistre

Le membre participant ou le bénéficiaire doit déclarer le sinistre auprès de la MEP dans les trente jours ouvrés qui suivent la date à laquelle le sinistre est connu, sauf cas fortuit ou de force majeure.

La déclaration doit comprendre :

- une déclaration écrite précisant les circonstances de l'accident, le nom des témoins et l'identité de l'autorité verbalisante si un procès-verbal initial est dressé ;
 - le certificat médical initial décrivant les blessures ;
 - les pièces établissant la qualité du bénéficiaire en cas de décès et les nom et adresse du notaire chargé de la succession.
- Le membre participant ou le bénéficiaire qui intentionnellement fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés dans l'intention de tromper la MEP, perd tout droit à la garantie pour le sinistre en cause.
- Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration de ces éléments est sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, dans les conditions prévues par les articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances :
- en cas de mauvaise foi, par la nullité du contrat ;
 - si la mauvaise foi n'est pas établie, par une réduction de l'indemnité en fonction des cotisations payées par rapport aux primes qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés.

Toutes les mesures utiles doivent être prises sans retard pour limiter les conséquences du sinistre et hâter le rétablissement du membre participant qui doit se soumettre aux soins médicaux nécessaires par son état. Le médecin mandaté par la MEP doit avoir libre accès auprès du membre participant pour constater son état. Le membre participant accepte que les informations médicales concernant son état de santé soient communiquées au médecin expert mandaté par la MEP.

Tout refus non justifié de se conformer à ce contrôle, après mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception, peut générer une indemnisation proportionnelle au dommage subi par la MEP qui incombe alors au membre participant. Le membre participant à la faculté de se faire assister du médecin de son choix. À défaut d'une déclaration dans les délais précités et dans le cas où la MEP subit un dommage du fait de l'absence de cette déclaration ou de son caractère tardif, la déchéance peut être opposée au membre participant si ce retard a causé un préjudice à l'assureur.

DISPOSITIONS DIVERSES

Expertise en cas de désaccord

En cas de désaccord, une expertise est diligentée de la façon suivante :

- s'il y a contestation d'ordre partie désigne son médecin ;
- si ces médecins ne parviennent pas à un accord, ils s'adjoignent un troisième médecin pour statuer définitivement ;
- si l'une des parties ne désigne pas son médecin ou si les médecins représentant les parties ne s'entendent pas sur le choix du troisième médecin, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du membre participant.

Chaque partie conserve à sa charge les honoraires et frais d'intervention du médecin qu'elle a désigné ; ceux de l'intervention du troisième médecin sont partagés par moitié entre elles. Lorsque les conséquences du sinistre sont aggravées par le refus ou la négligence du membre participant de se soumettre aux soins médicaux nécessaires par son état, l'indemnité est fixée d'après les suites que le même sinistre aurait eues chez une personne ayant suivi un traitement médical approprié.

Prescription

Toutes les actions dérivant du présent contrat sont prescrites, c'est-à-dire ne peuvent plus être exercées au-delà de deux ans à compter de l'événement qui leur donne naissance. Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la MEP en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. La prescription est portée à dix ans en cas de garantie contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

■ Article 12 : Fonds d'entraide mutualiste

Définition

Dans le cadre de son action sociale et de solidarité, la MEP peut accorder des allocations exceptionnelles à ses membres participants ainsi qu'à leurs ayants droit lorsque leur situation le justifie.

Les bénéficiaires

Les bénéficiaires des fonds d'entraide mutualiste sont :

- les membres participants de la MEP,
- leurs ayants droit.

Ces qualités s'apprécient à la date retenue pour l'examen du droit aux prestations.

Domaines d'intervention

Une allocation au titre du fonds d'entraide ne peut être attribuée que pour :

- aider les membres participants subissant des difficultés exceptionnelles en prenant en charge une partie de leurs cotisations du régime complémentaire maladie,
- permettre le remboursement de prestations non statutaires chaque fois que le membre participant de la MEP se trouve dans une situation exceptionnelle et d'une particulière gravité.

Modalités d'attribution

Toute personne souhaitant être bénéficiaire d'une allocation au titre du fonds d'entraide soumet au Conseil d'Administration de la MEP une demande motivée et étayée par des pièces justificatives.

C'est au Conseil d'Administration en premier et en dernier ressort qu'il appartient d'étudier les demandes qui lui sont soumises soit pour les accepter, soit pour les rejeter, et ce totalement ou partiellement.

Constitution du fonds

La constitution du fonds d'entraide mutualiste est assurée par une dotation votée annuellement par l'Assemblée Générale.

■ Article 13 : Modalités de résiliation

Résiliation annuelle

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en adressant, au siège social de la mutuelle, une lettre recommandée avec avis de réception, au moins 2 mois avant le 31 août de chaque année, date d'échéance du contrat mutualiste (soit donc avant le 30 juin de la même année), le cachet de la Poste faisant foi, ou sauf si la loi ou le règlement en disposait autrement.

Cas de résiliations exceptionnelles en cours d'année

Cadre général

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion en adressant, au siège social de la mutuelle, une lettre recommandée avec avis de réception accompagnée de toutes les pièces justifiant sa demande de résiliation. La nature des pièces attendues est précisée dans les paragraphes suivants pour chacun des cas de résiliation autorisés.

La prise en compte de la demande de résiliation anticipée ne peut intervenir qu'une fois que la mutuelle est en possession de toutes les pièces justificatives.

La garantie complémentaire prend alors fin le dernier jour du mois en cours.

La mutuelle rembourse au membre participant la partie des cotisations correspondant à la période non couverte par la garantie, période calculée à compter de la date de fin de la garantie jusqu'à la fin initialement convenue et/ou théorique de la garantie, si celle-ci n'avait pas fait l'objet d'une résiliation anticipée.

Résiliation suite à l'adhésion d'un contrat collectif obligatoire

Justificatif attendu : attestation tamponnée et signée de l'employeur précisant le caractère obligatoire et collectif du contrat.

Résiliation suite à l'obtention de la Couverture Maladie Universelle (CMU)

Justificatif attendu : attestation de droits à la CMU délivrée par le Régime Obligatoire (RO).

Résiliation suite à la souscription à une complémentaire santé entrant dans le dispositif ACS

Justificatif attendu : attestation de souscription au contrat ACS mentionnant la date de début des droits de la garantie.

Résiliation pour un départ à l'étranger

La mutuelle accepte les demandes de résiliation en cours d'année pour cause de départ à l'étranger si la durée du séjour chevauche d'au moins 6 mois la durée de la garantie.

La garantie prend fin le dernier jour du mois au cours duquel le départ à l'étranger a lieu, seulement si la demande de résiliation est antérieure à la date de départ prévue.

Justificatif attendu : billet d'avion, bail à l'étranger, contrat de travail à l'étranger ou tout justificatif attestant d'un séjour à l'étranger.

Résiliation suite à une affiliation à un régime spécial

Justificatif attendu : attestation de l'affiliation à un régime spécial de Sécurité sociale et à la complémentaire santé du même organisme.

Résiliation suite à la souscription à une garantie complémentaire MIS Santé

Toute souscription à une garantie complémentaire MIS Santé entraîne la résiliation de la garantie complémentaire MEP dès lors que le délai de rétractation est dépassé.

Résiliation suite au changement ou à la disparition des conditions d'adhésion liées au champ de recrutement

Ainsi que l'édicte l'article L 221-17 du Code de la mutualité, pour les opérations individuelles, et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
 - changement de situation matrimoniale ;
 - changement de régime matrimonial ;
 - changement de profession ;
 - retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité.
- Il peut être mis fin à l'adhésion pour chacune des garanties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.

■ Article 14 : Traitement des réclamations - Médiation - Autorité de Contrôle

Sur les réclamations

Pour toutes les réclamations concernant votre complémen-

taire santé (commercialisation, contrat, règlement mutualiste, remboursement,...) trois moyens de contact sont à votre disposition :

- par téléphone, du lundi au vendredi de 9 h à 18 h, au 04 26 317 929 (appel non surtaxé) ;
- par courrier à l'adresse suivante : MEP - Réclamation complémentaire santé - CS 40042 - 13417 Marseille Cedex 8 ;
- par email : via notre formulaire de contact à l'adresse www.mep.fr/formulaire-de-contact, rubrique « Information/Réclamation ».

La mutuelle s'engage à accuser réception de votre réclamation sous 7 jours puis une réponse est adressée le plus rapidement possible, dès transmission de votre part de la totalité des pièces nécessaires à l'instruction et au traitement de votre réclamation, et ce sous un délai maximum d'un mois.

Sur la médiation

La médiation est un mode de règlement des litiges, hors des voies judiciaires et contentieuses, privilégiant la recherche d'une entente entre les parties.

Elle permet par l'intervention d'un tiers indépendant et impartial, le médiateur, de résoudre le différend grâce à un processus amiable et confidentiel. Le médiateur ne peut être saisi par l'adhérent ou par la mutuelle, sous peine d'irrecevabilité, qu'après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à la mutuelle et ce dans un délai maximum d'un an à compter de la réclamation que l'adhérent a adressé à la mutuelle.

Le médiateur intervient dans le cadre des offres de complémentaire santé uniquement.

Les modalités de saisine du médiateur sont les suivantes. Toute demande de médiation doit être formulée soit :

- par écrit, à l'adresse suivante : Médiateur de la FNIM - 4, Avenue de l'Opéra - 75001 Paris ;
- par email : mediateur@fnim.fr.

Pour consulter la charte de médiation :

www.fnim.fr/mediation-de-la-fnim.html

Sur l'autorité de contrôle

En application de l'article L 510-1 du Code de la mutualité le contrôle de l'Etat sur les mutuelles, unions et fédérations régies par le Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres et de leurs ayants droit, par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

Pour joindre cette Autorité Administrative Indépendante (AAI) :

- adresser un courrier à l'adresse suivante : ACPR - 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 ;
- téléphoner au 08 111 901 801 (prix d'un appel local à partir de la France métropolitaine de 8 h à 18 h, du lundi au vendredi) ;
- se rendre sur son site internet : www.abe-infoservice.fr.

■ Article 15 : Données personnelles

Le traitement des informations personnelles recueillies par la mutuelle est effectué sous la responsabilité de cette dernière et exclusivement aux fins de la gestion de la mutuelle conformément à son objet, en conformité avec les dispositions du Règlement n° 2016/679, dit Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et toute loi ou règlement français applicable.

Les données personnelles détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant.

La mutuelle a mis en place des mesures de sécurité techniques, physiques et administratives afin d'assurer la confidentialité des données personnelles traitées ou détenues.

Les données personnelles sont conservées pendant la durée de leur adhésion à la mutuelle et pendant la durée des délais de prescription tels que fixés par la loi.

Sauf autorisation du membre de la mutuelle, aucune donnée personnelle traitée ou détenue ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. Tout membre de la mutuelle ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander la communication, la mise à jour ou rectification et la portabilité des données personnelles le(la) concernant, détenues dans les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il peut exercer ce droit en s'adressant à la mutuelle :

- par courrier à l'adresse suivante : MEP - Protection des données personnelles - CS 40042 - 13417 Marseille cedex 08 ;
- par mail : donneespersonnelles@mep.fr.