

## Complémentaire santé Labellisée « Agents Territoriaux »

Les Statuts et le Règlement Mutualiste complets peuvent vous être adressés sur simple demande auprès d'un conseiller MGC. Ils sont téléchargeables sur [www.mutuellemgc.fr](http://www.mutuellemgc.fr).

### Extrait des Statuts : Fonctionnement de la Mutuelle

Personne morale de droit privé à but non lucratif, la mutuelle MGC est soumise au Livre II du Code de la Mutualité. La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 (Art. 1 et suivants).

#### Objet

La MGC a notamment pour vocation de fournir à ses membres participants et à leurs ayants droit bénéficiaires des prestations de complémentaire santé (Art. 3).

#### Gouvernance

La Mutuelle est composée notamment de **membres participants**, personnes physiques qui versent une cotisation et qui bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle.

Les membres de la MGC sont regroupés en sections de vote locales. Lors de l'Assemblée Générale de sections qui se tient chaque année au premier trimestre, les membres de la Mutuelle élisent parmi eux les délégués de leur section qui porteront leur voix à l'Assemblée Générale de la Mutuelle. Ces délégués sont élus pour 1 an (Articles 9, 13, 20, 21).

**L'Assemblée Générale (AG)** est composée des délégués des sections de vote, parmi les membres participants et honoraires de chaque section. Elus pour un an, ils participent et votent à l'AG.

L'AG se réunit au moins une fois par an. Elle statue sur les questions qui lui sont soumises par le Président du CA. Elle procède à l'élection des membres du CA et à leur révocation. Conformément à l'article L.114.9 du Code de la Mutualité, l'AG se prononce notamment sur les modifications des statuts, les activités exercées, les montants ou les taux de cotisations ainsi que les prestations afférentes aux opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité (Article 20 à 30).

**Le Conseil d'Administration (CA)** est composé au plus de 28 administrateurs élus, pour six ans, parmi les membres participants à jour de leurs cotisations et les membres honoraires. Pour être éligible, le candidat aux fonctions d'administrateur doit être âgé de 18 ans révolus et de moins de 70 ans et faire partie du comité de section.

Le CA se réunit au moins 3 fois par an. Il détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application. Il se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle. Le CA élit parmi ses membres un Président qu'il peut révoquer à tout moment. Le Président organise et dirige les travaux du CA dont il rend compte à l'AG. Il engage les dépenses et représente la Mutuelle en justice (Art. 31 à 43).

### Extrait du Règlement Mutualiste « Gamme Labellisée » : votre garantie (vos droits et obligations)

#### Qui peut souscrire la garantie labellisée ? (Art. 1)

- Peut souscrire à la garantie labellisée en tant que membre participant (Adhérent) :
  - Les fonctionnaires de l'Etat, fonctionnaires territoriaux ou hospitaliers en activité ;
  - Les agents non titulaires en activité au sein d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public ;
  - Les retraités de l'une des fonctions ci-dessus énoncées, sous réserve d'avoir bénéficié en tant qu'actif de la présente garantie frais de santé labellisée.
- Peuvent bénéficier des garanties, les ayants droit de l'Adhérent suivants :
  - Le conjoint (ou assimilé) de l'Adhérent cotisant à la MGC,
  - Les enfants à charge de l'Adhérent ou de son conjoint. Sont réputés à charge de

- l'Adhérent, sous réserve d'apporter annuellement tout justificatif de leur situation :
  - > les enfants jusqu'à leur 25<sup>e</sup> anniversaire (sans justificatif), quelle que soit leur situation (salariés ou non) ;
  - > les enfants jusqu'à leur 28<sup>e</sup> anniversaire s'ils poursuivent des études et sont affiliés à un régime étudiant de Sécurité sociale ou, à titre subsidiaire, à tout autre régime d'assurance maladie obligatoire ;
  - > les enfants quel que soit leur âge s'ils sont atteints d'un handicap, défini à l'article L.241-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle et de percevoir un salaire imposable.

Tous les membres d'une famille doivent adhérer à la même formule.

#### Quand l'adhésion prend-elle effet ? (Art.2 et 3.1)

L'adhésion prend effet au 1<sup>er</sup> jour du mois en cours si le dossier complet d'adhésion parvient au siège de la MGC avant le 10 du même mois. Dans le cas contraire, l'adhésion prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception du dossier complet d'adhésion.

À noter : si l'Adhérent et, le cas échéant, ses ayants droit bénéficiaires produit(sent) un certificat de radiation d'un organisme complémentaire santé de moins de deux mois suivant la radiation, la date d'effet de l'adhésion s'effectue au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la radiation, sous réserve de l'encaissement par la Mutuelle des cotisations liées à la période concernée.

Dans le cas d'une adhésion en ligne, l'adhésion prend effet, soit au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la signature électronique de l'adhésion, soit au 1<sup>er</sup> jour de la date sélectionnée lors du processus d'adhésion, sous réserve de la complétude du dossier d'adhésion et du bon encaissement de la première cotisation.

L'enregistrement de l'adhésion par la Mutuelle est matérialisé par l'édition d'un certificat d'adhésion et l'envoi à l'Adhérent, de deux cartes de tiers payant.

#### Peut-on renoncer à son adhésion ? (Art.3.3)

**En cas d'adhésion réalisée dans le cadre d'un démarchage** (domicile, lieu de travail...) **ou intervenue dans le cadre d'une vente à distance** (ex : internet), l'Adhérent dispose d'un délai de quatorze jours calendaires à compter de l'envoi par la Mutuelle du certificat d'adhésion ou du mail de confirmation d'adhésion pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec accusé réception au siège de la Mutuelle.

#### Les prestations sont elles soumises à un délai d'attente (délai de stage) (Articles 2 et 15.4)

Le droit aux prestations s'applique à compter de la prise d'effet des garanties, à l'exception de certaines prestations, soumises le cas échéant à un **délai d'attente mentionné dans le tableau des garanties** (ex : délai de stage de 2 mois pour la chambre particulière en établissement de santé (hors établissement médico-socials et longs séjours).

#### Quelle est la durée de la garantie et comment se renouvelle t-elle ? (Art. 3.2)

L'adhésion à la garantie complémentaire santé est annuelle et produit effet du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre, sauf dans le cas d'une adhésion en cours d'année. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale sauf dénonciation par l'Adhérent.

#### Peut-on changer de formule ? (Art. 4)

Après une année d'adhésion, le changement de formule de garantie ou, le cas échéant, de gamme, est possible à la date anniversaire du contrat sous réserve que l'Adhérent formule sa demande auprès de la Mutuelle avant ladite date (ex : le contrat est souscrit à effet au 1<sup>er</sup> septembre 2015, le changement de formule prend effet au plus tôt le 1<sup>er</sup> septembre 2016). Dans tout autre cas, le changement peut être sollicité et prend effet au 1<sup>er</sup> janvier suivant la date de la demande (ex : si la demande est faite le 1<sup>er</sup> juillet n,

le changement de formule sera effectif au 1<sup>er</sup> janvier n+1) sous réserve que le courrier parvienne à la Mutuelle avant le 31 décembre de l'année en cours. La demande de modification de formule doit être faite par écrit, datée et signée.

### Que se passe-t-il en cas de changement de situation ? (Art. 5)

L'Adhérent doit informer par courrier la Mutuelle dans les meilleurs délais **et au plus tard dans le mois qui suit l'évènement** de toute modification dans sa situation ou celle de ses ayants droit bénéficiaires, ayant notamment une incidence sur les montants des cotisations et/ou des prestations. Il en est ainsi notamment des changements suivants : domicile (par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets), caisse d'Assurance Maladie Obligatoire ou de régime d'assurance maladie obligatoire, modification de la situation familiale ou de la composition de la famille inscrite....

### Comment l'Adhérent peut-il résilier sa garantie ? (Art. 6.1)

L'Adhérent peut démissionner et mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant, au siège de la Mutuelle, une lettre recommandée, au moins deux mois avant la date d'échéance, soit le 31 octobre au plus tard. La démission prend effet au 1<sup>er</sup> jour de l'année suivante.

### Les garanties sont-elles responsables ? (Articles 15 et 19)

Les garanties s'appliquent dans les conditions et limites fixées par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale qui définissent le statut de « contrat responsable » et prennent en compte les évolutions issues du décret 2014-1374 du 18 novembre 2014. À ce titre, le contrat prend en charge : l'intégralité de la participation des assurés (ticket modérateur) pour les actes et prestations couverts par l'assurance maladie obligatoire, y compris les prestations liées à la prévention (à l'exception des cures thermales, des médicaments au taux de 15% ou à 30%, homéopathie) et l'intégralité du forfait journalier hospitalier en établissements de santé (hors établissements médico-sociaux), sans limitation de durée. Le contrat prévoit un encadrement des dépassements d'honoraires pour les médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS) et un encadrement de la prise en charge des équipements optiques selon des conditions de planchers et de plafonds. Ne sont pas pris en charge notamment les franchises médicales, ni la participation forfaitaire d'un 1€.

### Comment sont versées les prestations ? (Article 20)

Les demandes de remboursements doivent, sous peine de déchéance des droits à prestations, être communiquées à la Mutuelle dans **un délai maximum de 24 mois** suivant :

- la date des soins ;
- la date de paiement des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.

Elles sont accompagnées notamment :

- des originaux des décomptes du régime de Sécurité sociale et/ou d'un autre organisme complémentaire s'il n'y a pas de télétransmission NOEMIE ;
- des factures originales détaillant les frais engagés, le cas échéant ;
- de la facture subrogatoire des professionnels de santé en cas de tiers payant.

Outre ces documents, la Mutuelle peut en cas de nécessité demander toute pièce complémentaire nécessaire à une demande de remboursement des prestations.

La Mutuelle verse les prestations :

- soit à l'Adhérent, soit à ses ayants droit bénéficiaires sous réserve que l'Adhérent ait notifié préalablement cette option à la Mutuelle et produit les coordonnées bancaires correspondantes ;
- soit aux établissements de santé, professionnels de santé ou autres prestataires, lorsqu'une convention de tiers payant est signée avec ces derniers.

Sauf usage du tiers payant, les prestations sont versées directement par virement sur le compte bancaire du membre participant ou le cas échéant, aux ayants droit.

Sauf demande contraire du membre participant, les relevés de prestations sont dématérialisés.

### Tous les remboursements s'entendent dans la limite des dépenses engagées (Article 18)

### Quelles sont les exclusions ? (Article 19)

**Sont notamment exclus : les séjours et frais au sein d'établissements médico-sociaux (ex : maison d'accueil spécialisé, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes..) et en tout état de cause, les frais de séjour au titre d'hospitalisation (médecine, chirurgie, convalescence, psychiatrie) non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, les hospitalisations classées en long séjour par la Sécurité sociale.**

### Comment est calculée la cotisation ? (Articles 25.1 et 25.2)

L'Adhérent s'engage au paiement d'une cotisation santé annuelle correspondant au total des cotisations dues par l'ensemble des personnes inscrites au contrat. La cotisation familiale correspond à la somme des cotisations individuelles de chaque bénéficiaire. Le montant de la cotisation de l'Adhérent et, le cas échéant, ses ayants droit tient compte des paramètres suivants :

- de l'âge du membre participant et, le cas échéant, du conjoint/ concubin ou cosignataire d'un PACS inscrit au 31 décembre de l'année précédant la date d'effet de l'adhésion ou sa reconduction ;
- du régime d'affiliation à l'assurance maladie obligatoire ;
- de la formule choisie.

La cotisation annuelle se compose d'une cotisation Santé et d'une cotisation appelée « la BASE » (qui couvre certaines garanties (ex : MGC Assistance) ou services (ex : réseau partenaire..) en inclusion.

Le montant des cotisations inclut des frais de gestion, d'acquisition et des taxes (taxe sur les conventions d'assurance et taxe de solidarité additionnelle). Tout changement du taux de ces taxes entraîne automatiquement une modification du montant de la cotisation.

### Comment évoluent les cotisations ? (Article 25.3)

La cotisation évolue automatiquement chaque 1<sup>er</sup> janvier en fonction de l'âge atteint par l'Adhérent et le cas échéant de son conjoint, concubin ou cosignataire d'un PACS. Chaque année, le montant des cotisations est fixé par l'Assemblée Générale (AG) de la Mutuelle ou sur délégation par le Conseil d'Administration de manière à garantir l'équilibre technique des garanties.

### Comment est prélevée la cotisation ? (Article 27)

La cotisation est payable d'avance mensuellement par prélèvement bancaire sur le compte bancaire de l'Adhérent, en vertu d'un mandat de prélèvement SEPA dûment signé, conformément à l'échéancier de cotisations.

En cas de participation de la collectivité territoriale ou de l'établissement public au financement de la cotisation afférente à la garantie frais de santé labellisée souscrite par l'Adhérent, cette somme peut être versée soit directement à l'agent, soit à la Mutuelle. Dans le cas où la participation est versée directement à la Mutuelle, cette dernière la répercute intégralement en déduction de la cotisation due par l'Adhérent.

### Que se passe-t-il en cas de non paiement de la cotisation ? (Article 28)

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation due dans les 10 jours après son échéance, la MGC peut adresser une lettre de mise en demeure à l'Adhérent. En cas de non paiement, 30 jours après l'envoi de ce courrier, la garantie est suspendue. La garantie est résiliée si l'Adhérent n'a pas régularisé sa situation dans les 40 jours qui suivent l'envoi de la lettre de mise en demeure.

### Réclamation et médiation (Article 12)

En cas de réclamation, l'Adhérent doit adresser un courrier circonstancié à : MGC - Service Réclamations - TSA 91347 - 75621 Paris Cedex 13. En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du règlement, l'Adhérent peut après épuisement des voies de recours au sein de la Mutuelle, saisir le service de Médiation Fédérale de la Mutualité Française (Médiation Fédérale Mutualiste - 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15).