

NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT SANTÉ MY BEST FRANCE

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.

APRIL CARE FRANCE, intermédiaire en assurance immatriculée à l'ORIAS sous le N°07 008 000 et régie par le Code des Assurances, dont le siège social se situe au 14 rue Gerty Archimède, 75012 Paris.

Groupama Gan Vie, assureur soumis au Code des Assurances, inscrit au RCS de Paris sous le numéro 340 427 616, dont le siège social se situe au 8-10 rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, France.

S2C (RCS Marseille B 395 214 646 00022-ORIAS 07 030 727-432 Boulevard Michelet-13009 Marseille) pour la garantie « Responsabilité Civile » : auprès de AXA France IARD – RCS Paris 722 057 460 (26 rue Drouot – 75009 Paris).

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 : SUBROGATION

Article 15 : PRESCRIPTION

Article 16 : RISQUES EXCLUS

TITRE V : INFORMATION DES ADHERENTS

Article 17 : INFORMATIQUE ET LIBERTES

Article 18 : MODIFICATIONS

Article 19 : MEDIATION

TITRE VI : LES GARANTIES ET COTISATIONS

Article 20 : GARANTIES DE BASE

Article 21 : LES ASSURANCES COMPRISES

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 une couverture santé complète qu'un ensemble d'assurances et de services étudiés pour couvrir tous les aspects de la vie. 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 produit APRIL et du produit MGEL ne peuvent jamais excéder les frais réels.

Article 2 : INTERVENANTS

Cette opération d'assurance est assurée par 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, ainsi que par GROUPAMA GAN VIE, assureur soumis au Code des Assurances, inscrit au RCS de Paris sous le numéro 340 427 616, dont le siège social se situe au 8-10 rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, France.

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 à ce contrat les personnes qui remplissent les conditions suivantes :

- Être âgé de 28 ans au maximum à la date de l'adhésion au contrat ;
- Être étudiant étranger inscrit dans un établissement d'enseignement supérieur français ;
- Ne pas avoir de droits ouverts à la Sécurité Sociale française ;
- Avoir compléter et signer le bulletin d'adhésion.

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 « Notice d'information Contrat Santé My best France » accompagné du Document d'Information sur un Produit d'Assurance (DIPA/IPID), 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 date de prise d'effet de la garantie 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 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 ;
- 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 d'effet indiquée sur le certificat d'adhésion et ce jusqu'au dernier jour de couverture mentionné lors de l'adhésion.

A. Durée de couverture

Les garanties sont acquises pour une durée minimale de 1 mois et maximale de 12 mois.

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 (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat pour toute souscription par téléphone ou en ligne. Ce délai est ramené à sept (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 1 à 12 mois, pendant la période d'activité universitaire et pendant les vacances. En aucun cas, la durée d'adhésion ne peut être inférieure à 1 mois.

TITRE III : LES COTISATIONS

Article 7 : LES COTISATIONS

L'adhérent s'engage au paiement d'une cotisation annuelle payable d'avance, affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle et l'Assureur. 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 doit payer sa cotisation comptant, selon les modalités suivantes :

- Soit compléter les pavés correspondants de la demande d'adhésion et joindre un RIB
- Soit adhérer via le site www.mybestfrance.com et utiliser le paiement sécurisé par carte bancaire.
- Soit adhérer via le site www.mybestfrance.com et utiliser le paiement via la plateforme Paypal.

Article 9 : DEFAUT DE PAIEMENT

A défaut de paiement des cotisations, 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.

La MGEL a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévus 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 ainsi que les frais de poursuites et de recouvrements (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, 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 effectué par la Mutuelle et l'Assureur ne peut en aucun cas excéder les dépenses réellement engagées par les adhérents, dans la limite des tarifs plafonds conventionnés en vigueur.

- Règles concernant les cumuls

Les prestations complémentaires de la Mutuelle ne peuvent être cumulées avec celles des Caisses d'Assurance Maladie nationales, mais peuvent compléter celles servies par tout autre organisme de prévoyance. Dans le cas de versement de prestations supplémentaires, le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut 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 (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 pour un motif hors études

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 : 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 15 : 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 16 : RISQUES EXCLUS

Sont exclus des remboursements de la Mutuelle :

- 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.

TITRE V : INFORMATION DES ADHERENTS

Article 17 : 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 oeuvre 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 son Espace Etudiant MGEL ou Consulter l'ensemble de ses droits à l'adresse 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 18 : MODIFICATIONS

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. Les précisions suivantes sont apportées pour certaines prestations.

Article 19 : RECLAMATION ET MEDIATION

Pour favoriser la résolution amiable des litiges qui opposent la MGEL à ses adhérents, la MGEL a mis en place une procédure de gestion des réclamations. Le service Réclamation de la MGEL peut être contacté via l'adresse mail reclamations@mgel.fr, ou via les formulaires de contact dédiés sur le site MGEL.

De plus, la MGEL a également mis en place un dispositif de médiation régie par les dispositions générales, légales et réglementaires, figurant au titre 1^{er} « 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) lorsque que toutes les voies de recours ont été épuisées.

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 : <http://www.mediateur-mutualite.fr>

TITRE VI : LES GARANTIES

Les forfaits sont proratisés selon la date d'ouverture des droits mutuelle. Le tableau de garantie présenté en annexe du présent document présente les taux de prise en charge cumulés d'APRIL CARE International et de la MGEL.

Article 20 : GARANTIE

- 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.
- Pour les médicaments à service médical rendu faible, dit « vignette orange », remboursé à hauteur de 15% par la Sécurité Sociale française, le remboursement est uniquement assuré par APRIL CARE International, à hauteur de 60%. La MGEL ne couvre pas cette dépense et ne complète pas le remboursement.
- Forfait petit appareillage : remboursement sur présentation de justificatifs d'achat ; concerne les genouillères, bandages et semelles orthopédiques.
- Remboursement à 100% des vaccins remboursés par la Sécurité sociale. Ces remboursements interviendront en complément du remboursement prévu par 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.

Article 21 : 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.

Les pourcentages exprimés sont basés sur les tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale française. Ils prennent en compte la prise en charge d'April International et de la MGEL.

Hospi	Honoraires médicaux	
	Généraliste ou spécialiste (OPTAM et non OPTAM)	100%
	Maternité	100%
	Forfait journalier	
	Forfait journalier sans limitation	100%
	Frais liés à l'hospitalisation	
	Frais de séjour	100%
	Frais de séjour en établissement de repos agréé par le régime français de protection sociale s'il débute dans les 30 jours suivant l'hospitalisation garantie	80% à 100% de la BRSS
	Prise en charge franchise 24€	100%
	Transport	100%
	Transport en cas d'accident	2 300 €
Dentaire	Soins dentaires	100%
	Prothèses dentaires	100%
	Frais d'orthodontie acceptés par le régime français de protection sociale	Barème de la Sécurité Sociale
Optique	Équipement 2 verres + monture	100%
Aides auditiv	Lentilles remboursées par la SS	100%
	Aides auditives	100%
soins courant	Honoraires médicaux	
	Consultations généralistes ou spécialistes (OPTAM ou non OPTAM), psychiatres et neuropsychiatres inclus	100%
	Honoraires paramédicaux	100%
	Médicaments	
	Vignette blanche et bleue (30% et 65%)	100%
	Vignette orange (15%)	60%
	Matériel médical	100%
	Forfait "petit appareillage"	15 €
	Vaccins remboursés par la SS	100%
	Analyses et examens de laboratoire	
	Analyses	100%
	Actes techniques OPTAM	100%
	Actes techniques non OPTAM	100%
	Radiologie OPTAM	100%
	Radiologie non OPTAM	100%
	Autres soins	
	Chirurgie sans hospitalisation OPTAM	100%
	Chirurgie sans hospitalisation non OPTAM	100%
	autres service	Responsabilité civile (études, stage, vie quotidienne)
Accès à l'ensemble de nos services (emplois, billetterie)		inclus
Accès au fonds d'entraide mutualiste		inclus