

PREAMBULE

Une mutuelle, appelée « Mutuelle des Etudiants de Provence » (MEP) est établie à Marseille (13008), 10 rue Léon Paulet - CS 40042 - 13417 Marseille Cedex 08. Elle est régie par le Code de la Mutualité et soumise notamment aux dispositions du livre II dudit code.

Conformément à l'article R.414-8 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 REGLEMENT 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 2-1 : Gamme de garanties

La gamme se décline en sept garanties mutualistes :

► 5 garanties complémentaires santé :

« Basick », « Déclick », « Pratick », « Dynamick », « Stratégick » ;

► Une garantie « T'es Bien » ;

► Une garantie « T'as Tout ».

A l'exception de la garantie « T'as Tout », la gamme des garanties MEP est réservée aux personnes qui relèvent d'un régime d'Assurance Maladie français.

■ Article 2-2 : 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 ADHERENTS 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 2016/2017, les montants des garanties sont les suivants :

► Garantie « Basick » : 5,00€ par mois.

► Garantie « Déclick » : 11,00€ par mois.

► Garantie « Pratick » : 22,67€ par mois.

► Garantie « Dynamick » : 29,34€ par mois.

► Garantie « Stratégick » : 41,00€ 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'effectuera soit au comptant, soit par prélèvement de 12 mensualités égales.

Pour les garanties nouvellement souscrites, le paiement s'effectuera soit au comptant, soit par paiement fractionné. En cas de paiement fractionné, le nombre de prélèvements sera 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 pour une durée de 12 mois (et ce quelle qu'ait pu être leur durée initiale) sauf dénonciation par lettre recommandée avec accusé de réception adressée par le membre participant au siège social de la MEP 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.

OBLIGATIONS DE LA MEP ENVERS SES ADHERENTS

■ 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 pourra en aucun cas être supérieur au prix réel payé par le membre participant.

■ Article 7 : Ouverture et fin des 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 2016, 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.

5 niveaux de garantie pour couvrir les besoins différents

Année universitaire 2016/2017

	TAUX Sécurité sociale 08/04/2016	TARIF MENSUEL 5€_{,00} - soit 60€/AN - Basick	TARIF MENSUEL 11€_{,00} - soit 132€/AN - Déclick	TARIF MENSUEL 22€_{,67} - soit 272€/AN - Pratick	TARIF MENSUEL 29€_{,34} - soit 352€/AN - Dynamick	TARIF MENSUEL 41€_{,00} - soit 492€/AN - Stratégick
Hospitalisation						
Chirurgie, médecine	80 à 100%	100%	100%	100%	100%	100%
Maternité	80 à 100%	100%	100%	100%	100%	100%
Transport	65%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier sans limitation de durée ⁽¹⁾		Tarif en vigueur	Tarif en vigueur	Tarif en vigueur	Tarif en vigueur	Tarif en vigueur
Participation Assuré 18€ ^(2a)		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Actes et soins suite à un accident ⁽³⁾		500%	500%	500%	500%	500%

Soins courants

Vaccins et rappels remboursés ou non par la Sécurité sociale	0 à 65%	100%	100%	100%	100%	100%
Médecin généraliste ou spécialiste ou en accès direct ⁽⁴⁾ signataire du CAS ⁽⁵⁾ et en parcours de soins	70%		100%	100%	100%	130%
Médecin généraliste ou spécialiste ou en accès direct ⁽⁴⁾ non signataire du CAS ⁽⁵⁾ et en parcours de soins	70%		100%	100%	100%	110%
Médecin généraliste ou spécialiste ou en accès direct ⁽⁴⁾ hors parcours de soins*	30%			30% + 30%	30% + 30%	30% + 30%
Chirurgie sans hospitalisation, praticien signataire du CAS ⁽⁵⁾	70%		100%	100%	100%	130%
Chirurgie sans hospitalisation, praticien non signataire du CAS ⁽⁵⁾	70%		100%	100%	100%	110%
Pharmacie vignettes bleues	30%		100%	100%	100%	100%
Pharmacie vignettes blanches	65%		100%	100%	100%	100%

Autres Soins

Participation Assuré 18€ ^(2b)				OUI	OUI	OUI
Radiologie en parcours de soins	70%			100%	100%	100%
Analyses	60%			100%	100%	100%
Optique	60%			100%	100%	100%
Soins dentaires, prothèse dentaire	70%			100%	100%	100%
Radiologie hors parcours de soins*	30%			30% + 30%	30% + 30%	30% + 30%
Auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, infirmières, sages-femmes, orthophonistes, orthoptistes)	60%			100%	100%	100%
Cures thermales	65 à 70%			100%	100%	100%
Prothèse - Orthèses	60%			100%	100%	100%

Forfaits supplémentaires⁽⁶⁾

Détartrage dentaire annuel		1	1	1	1	1
Forfait tabac stop	50€ + ...	50 + 40 = 90€	50 + 60 = 110€	50 + 80 = 130€	50 + 120 = 170€	50 + 240 = 290€
Forfait préservatifs masculins		16€	20€	24€	28€	36€
Blanchiment des dents				15€	20€	30€
Forfait suivi psychologique / sophrologie ⁽⁷⁾				12€/consultation	16€/consultation	20€/consultation
Forfait acupuncture ⁽⁸⁾				12€/séance	16€/séance	24€/séance
Forfait ostéopathie ⁽⁹⁾				12€/séance	16€/séance	24€/séance
Forfait nutrition ⁽¹⁰⁾				20€/consultation	30€/consultation	40€/consultation
Forfait contraception d'urgence				10€	12€	20€
Forfait contraception non remboursable (pilule, patch, anneau)				20€	60€	70€
Forfait optique - verres simples ⁽¹¹⁾				50€	90€	180€
Forfait optique - verres complexes ou très complexes ⁽¹¹⁾				200€	260€	370€
Forfait lentilles ⁽¹²⁾				40€	50€	70€
Forfait semelle orthopédique				24€	32€	40€
Forfait prothèse dentaire ⁽¹³⁾					jusqu'à 150€	jusqu'à 250€
Forfait prise en charge courses en Taxi ⁽¹⁴⁾					5€/course	5€/course
Forfait prothèse auditive					200€	200€
Forfait naissance ⁽¹⁵⁾					200€	250€

Solidarité : Fonds d'entraide mutualiste

Pack « T'as Tout » MEP inclus • Responsabilité Civile • Assurance stage	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
• Assistance monde entier • Individuelle accident • Avantages et services	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

(1) Sauf pour les établissements médico-sociaux. Psychiatrie, neuropsychiatrie, centres d'éducation et de soins spécialisés limités à 12 jours par personne et par an pour les garanties Basick 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 euros, une franchise de 18 euros s'applique. (a) Dans le cadre d'une hospitalisation. (b) Hors hospitalisation. (3) Voir conditions d'application dans le règlement mutualiste. (4) 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. (5) CAS : contrat d'accès aux soins tel que défini par l'Assurance Maladie. (6) Dans la limite des frais engagés et de la consommation des forfaits qui sont fractionnables 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 psychiatre non remboursables par la Sécurité sociale ou d'un psychologue clinicien ou d'un sophrologue. (8) Forfait limité à 3 séances. (9) Forfait limité à 2 séances auprès d'un ostéopathe, d'un chiropracteur, ou d'un étioopathe. (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 se calcule 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 à une des garanties santé MEP, une prime par enfant. * Hors du parcours de soins coordonnés, le déremboursement de 40% est limité à 10 euros par acte (au 08/04/2016). 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 08/04/2016. Toute modification des prestations et taux de remboursement par l'Assurance Maladie ne saurait en aucune manière engager la responsabilité de la MEP.

L'Assemblée Générale 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 2 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'entraînera 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 assurera, 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 la brochure.

A 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).

A 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 « Basick », « Déclick », « T'as Tout » et « T'es Bien », le remboursement de la « participation assuré » (PA), de 18€ 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 devra présenter, avec les justificatifs précédents, une copie de son relevé des prestations 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 « Pratick », de 90€ pour la garantie « Dynamick » et de 180€ 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 « Pratick », 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 « Pratick », 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 « Pratick » 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 lorsque le membre participant justifie d'au moins dix mois consécutifs d'adhésion à une garantie complémentaire santé MEP sur présentation du certificat de naissance et limité à une seule prime par adhérent.

Pour les garanties inférieures à 12 mois, les montants alloués au titre des forfaits sont calculés sur la base du montant des forfaits annuels a prorata temporis (l'unité de temps est le mois). Exemple : pour un forfait acupuncture dans le cadre d'une garantie « Pratick » souscrite le 25 février pour une prise d'effet au 1er mars (soit 6 mois de garantie du 1er 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 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 intime : 10€

► forfait bouchons d'oreilles : 7€

Il est rappelé que cette garantie ne comprend pas des forfaits.

Risques limités :

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

Pour la garantie « Déclick », 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**

1. Actes des praticiens prescripteurs (médecins, dentistes, sages-femmes) : date des soins.

2. Actes des auxiliaires médicaux : date d'exécution.

3. Médicaments - accessoires - pansements - optique - autres fournitures : date d'exécution.

4. Prothèses dentaires : date d'exécution.

5. **Appareillage** : date d'exécution.

6. **Analyses médicales** : date d'exécution.

7. **Transports** en ambulance, en VSL, en taxi ou autre moyen personnel ou public : date du déplacement.

8. **Hospitalisation** pour les frais de séjour et honoraires : chaque journée d'hospitalisation.

9. **Cures thermales** : date d'exécution.

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

Le membre participant devra 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 devra certifier sur l'honneur que les soins ont été exécutés pendant la période d'ouverture des droits.

11. **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 (%). A titre d'exemple, pour 60% d'invalidité, il sera 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 supra les informations concernant les garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance en l'espèce ACE 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'Evaluation Médicale des Atteintes à l'Intégrité Physique et Psychique, consultable dans les accueils 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 1 525€ (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, insolations ainsi que l'inanition et l'épuisement par suite de naufrage, atterrissage forcé, écroulement, avalanche et inondation.
- ▶ les lésions corporelles résultant d'agression ou d'attentat dont le membre participant serait 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'il 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 d'une crise d'épilepsie, d'une 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.

Etendue 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 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 sera présumé que le membre participant aura péri des suites de cet événement. Le capital pourra 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 Barème Européen d'Evaluation des Atteintes à l'Intégrité Physique et Psychique 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 sera 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 comprendra :

▶ 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 nécessités 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, pourra générer une indemnisation proportionnelle au dommage subi par la MEP qui incombera alors au membre participant.

Le membre participant a la faculté de se faire assister du médecin de son choix. A 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 :

▶ s'il y a contestation d'ordre médical chaque 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 nécessités 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.

Informatique et libertés : le membre participant peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la MEP. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé auprès de : MEP - Service CNIL - CS 40042 - 13417 Marseille Cedex 08 conformément à la loi du 6 janvier 1978.

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 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 :

► 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.