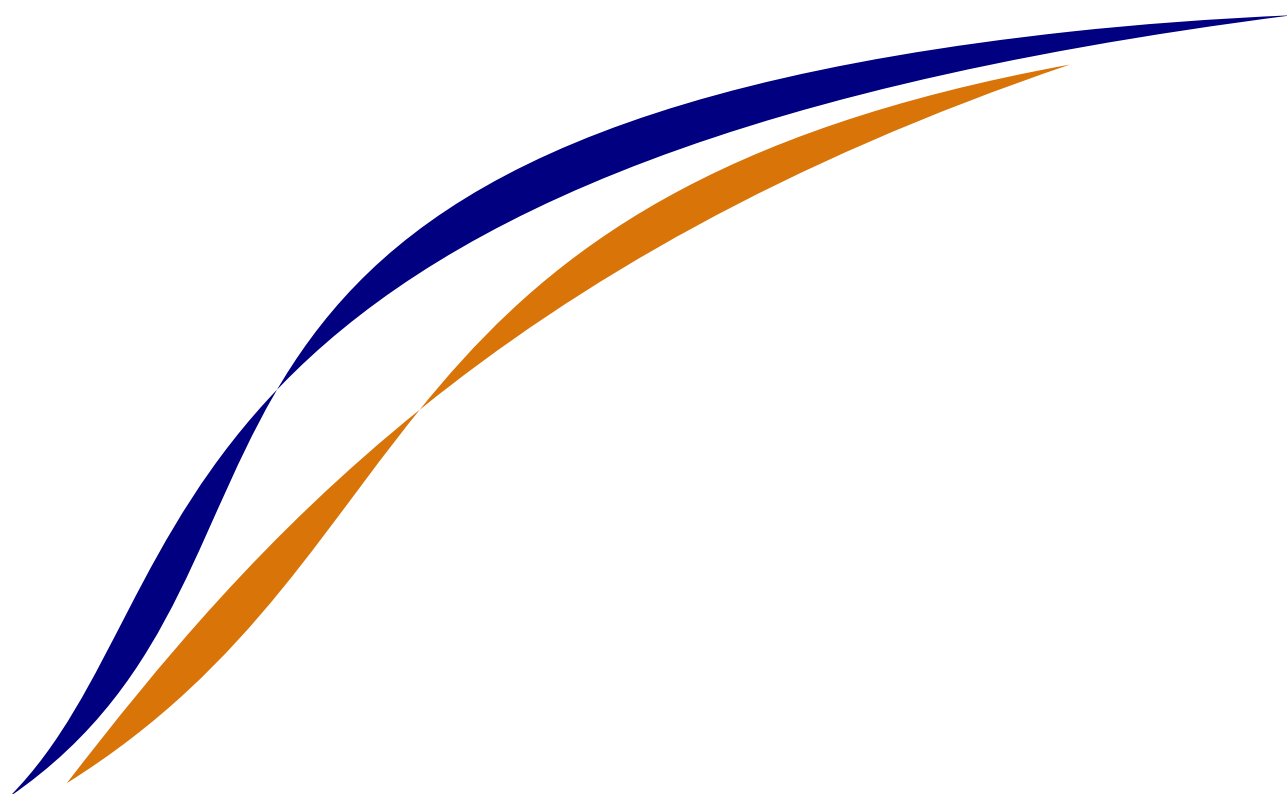




Règlement Mutualiste Surcomplémentaire indépendante



SOMMAIRE

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES	3
ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT	3
ARTICLE 2 : INTERVENANTS	3
ARTICLE 3 : GARANTIE COMPLEMENTAIRE DE BASE	3
TITRE II : L'ADHESION	3
ARTICLE 4 : CONDITIONS SPECIFIQUES ET IMPERATIVES D'ADHESION.....	3
ARTICLE 5 : FORMALITES D'ADHESION	4
ARTICLE 6 : OUVERTURE DES DROITS	4
ARTICLE 7 : DUREE DE COUVERTURE	4
TITRE III : LES COTISATIONS	4
ARTICLE 8 : LES COTISATIONS	4
ARTICLE 9 : DEFAUT DE PAIEMENT	5
ARTICLE 10 : EVOLUTION DES COTISATIONS.....	5
TITRE IV : LES PRESTATIONS.....	5
ARTICLE 11 : DEFINITION DES PRESTATIONS	5
ARTICLE 12 : CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	6
ARTICLE 13 : RISQUES COUVERTS	6
ARTICLE 14 : FIN DU CONTRAT OU CESSATION DES GARANTIES.....	9
ARTICLE 15 : SUBROGATION	9
ARTICLE 16 : PRESCRIPTION	10
ARTICLE 17 : RISQUES EXCLUS	10
TITRE V : INFORMATION DES ADHERENTS	10
ARTICLE 18 : INFORMATIQUE ET LIBERTES	10
ARTICLE 19 : NAISSANCE.....	10
ARTICLE 20 : AYANTS DROITS.....	11
ARTICLE 21 : MODIFICATIONS	11
ARTICLE 22 : RESILIATION	11
ARTICLE 23 : MEDIATION	11

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 : OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat, régi par le Code de la Mutualité a pour objet de garantir à l'adhérent le versement de prestations mutualistes complémentaires dans le cadre de la couverture maladie en complément du régime de base et de la garantie complémentaire de base.

Article 2 : INTERVENANTS

MVS est une marque de la mutuelle MGEL, elle regroupe les garanties proposées aux actifs et retraités et à leurs ayants droit. La MGEL est une mutuelle régie par le code de la Mutualité. Son siège social se situe au 44 cours Léopold - 54000 Nancy.

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 MVS.

Article 3 : GARANTIE COMPLEMENTAIRE DE BASE

La Garantie complémentaire de base est une couverture complémentaire santé dont bénéficient l'adhérent et, le cas échéant, ses ayants droits.

Cette garantie peut être

- Souscrite à titre individuel par l'adhérent ou son conjoint,
- Une couverture collective obligatoire ou facultative souscrite par ou par son employeur ou celui de son conjoint. Dans ce cas, la garantie complémentaire de base peut être constituée de couvertures obligatoires ou facultatives, et s'entend comme le cumul de ces deux garanties.

TITRE II : L'ADHESION

Article 4 : CONDITIONS SPECIFIQUES ET IMPERATIVES D'ADHESION

Peuvent adhérer au contrat, en qualité d'adhérent :

- les personnes de moins de 70 ans lors de leur première adhésion ayant la qualité d'assuré social relevant du régime général, et du régime local d'Alsace-Moselle ainsi qu'à leurs ayants droit.
- les mineurs, lorsque la demande d'adhésion est remplie par l'un des parents ou le cas échéant par leur représentant légal.

Pour adhérer, l'adhérent doit être bénéficiaire d'une garantie complémentaire de base. La couverture surcomplémentaire MVS n'intervient qu'en sus de ce régime et à concurrence des niveaux indiqués dans le tableau de garanties.

Article 5 : FORMALITES D'ADHESION

Un bulletin d'adhésion, les statuts et le règlement intérieur de la MVS ainsi que le présent contrat mutualiste intitulé " Règlement mutualiste Surcomplémentaire " valant note d'information, prévu par l'article L.223-8 du Code de la mutualité, sont remis à toute personne qui souhaite adhérer à la MVS et au présent contrat.

Cette personne remplit, signe et date le bulletin d'adhésion en y précisant notamment les personnes assurées (nom, prénom, date de naissance, numéro INSEE, adresse, lien de famille éventuel avec l'assuré social, Régime de Base), l'intitulé des garanties souscrites, la date d'effet des garanties, le montant des cotisations ainsi que 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 MVS.

Sous réserve du respect des dispositions impératives propres à l'assurance complémentaire santé et définies à l'article précédent du présent contrat mutualiste, la validité de l'adhésion est subordonnée à 2 conditions :

- l'encaissement effectif du versement de la première cotisation ;
- la remise à la MVS du bulletin d'adhésion signé et daté.

Article 6 : OUVERTURE DES DROITS

L'ouverture des droits intervient le 1er jour du mois suivant la réception du paiement.

Toutefois, si l'adhérent était précédemment couvert par une autre Mutuelle pour la part Surcomplémentaire, qu'il bénéficie toujours d'une couverture complémentaire de base et que sa résiliation date de moins de trois mois, les droits peuvent être ouverts avec effet rétroactif afin d'éviter toute interruption ; un certificat de radiation doit être présenté.

Article 7 : DUREE DE COUVERTURE

L'adhésion est annuelle à échéance au 31 décembre de chaque année et se renouvelle par tacite reconduction.

TITRE III : LES COTISATIONS

Article 8 : 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.

Les cotisations sont fixées en fonction :

- de la garantie souscrite
- de l'âge atteint par les personnes couvertes par le présent contrat mutualiste.

Elles sont individuelles, en fonction du statut du bénéficiaire : adhérent, conjoint ou enfant. Selon les modalités mentionnées sur le bulletin d'adhésion, l'adhérent a la possibilité de fractionner le paiement de ces cotisations en plusieurs versements mensuels.

Article 9 : DEFAUT DE PAIEMENT

A défaut de paiement des cotisations ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la MVS de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure de l'adhérent.

En cas de fractionnement de la cotisation annuelle, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation produit ces effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La MVS a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent. Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la MVS la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrements.

Lorsque le défaut de paiement résulte d'un rejet de prélèvement ou d'un chèque impayé, la Mutuelle imputera à l'adhérent les frais dus ou engagés pour obtenir les montants de cotisations dues.

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

Les taux indiqués incluent le remboursement de la Sécurité sociale, le remboursement de la mutuelle de base et de la surcomplémentaire et sont calculés sur la base des tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale à la date des soins.

Article 11 : DEFINITION DES PRESTATIONS

Les prestations garanties sont définies dans le descriptif des prestations. Leur attribution est subordonnée à l'adhésion à un contrat complémentaire de base, au choix de l'adhérent.

La prise en charge de la Mutuelle intervient en sus des remboursements de la Sécurité Sociale et des garanties complémentaires de base, dans la limite des taux de remboursement prévus dans la garantie choisie et sur la base des tarifs de référence de la Sécurité Sociale sur présentation des décomptes concernés.

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime de base de Sécurité Sociale auquel le participant est affilié, et aux garanties complémentaires de base. Leur attribution est subordonnée à la prise en charge et à la déclaration à la Sécurité Sociale et à l'organisme porteur des garanties de base, sauf pour les garanties prises en charge ni par la Sécurité Sociale ni par l'organisme porteur des

garanties de base et mentionnées dans le descriptif des prestations.

Règles concernant les cumuls

Dans le cas de versement de prestations supplémentaires, le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut cependant pas être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent, après prise en charge par la garantie complémentaires de base.

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.

Article 12 : CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Pour percevoir des prestations, l'adhérent doit être à jour dans le paiement de ses cotisations.

Les prestations complémentaires ne sont versées que sur présentation par l'adhérent des décomptes originaux du régime obligatoire et des garanties complémentaires de base. En outre, pour obtenir le règlement des prestations forfaitaires, dont les montants sont exprimés en euros, l'adhérent doit transmettre à la Mutuelle les notes d'honoraires ou les factures acquittées justifiant les dépenses réelles et les prescriptions médicales.

Pour des garanties qui ne seraient pas prises en charge par l'organisme porteur des garanties complémentaires de base, un justificatif d'absence ou de refus de couverture devra par ailleurs être fourni à la Mutuelle.

Le refus de communiquer les éléments demandés peut entraîner la perte de tous droits aux prestations.

Date prise en compte

En règle générale, la date prise en compte par comparaison avec les dates d'ouverture de droit, est la date figurant sur le décompte de Sécurité Sociale ; pour les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire (par exemple lentille), c'est la date de facturation qui est prise en compte.

Article 13 : RISQUES COUVERTS

Les adhérents au présent contrat régulièrement à jour de leur cotisation ont droit en cas de maladie ou d'accident, ainsi que leur conjoint et enfants à charge, au remboursement, selon l'option choisie, des frais médicaux et chirurgicaux, pharmaceutiques, d'analyses médicales, de petit appareillage et accessoires comme défini par le T.I.P.S., d'optique, de soins et prothèses dentaires, de cure thermale, des soins externes en hôpital, clinique conventionnée, dispensaire ou centre de soins agréés et les frais de transport.

Le remboursement ne peut en aucun cas excéder la différence entre les dépenses réellement engagées par les adhérents et les sommes qui leur sont remboursées par la caisse de Sécurité sociale et au titre des garanties complémentaires de base, dans la limite des tarifs plafonds conventionnés en vigueur.

Les taux indiqués incluent le remboursement de la Sécurité sociale, le remboursement de la mutuelle de base et de la surcomplémentaire et sont calculés sur la base des tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale à la date des soins. Les dépassements d'honoraires sont acceptés dans la limite des frais réels. Les franchises ne sont pas prises en charge pour bénéficier des exonérations sociales et fiscales mentionnées à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale.

Prise en charge de la participation forfaitaire de 18€ retenue par la Sécurité sociale pour les actes supérieurs à 120 €.

- Garanties forfaitaires

Le montant du forfait s'entend sous déduction des montants d'indemnisation perçus par l'adhérent au titre de la Sécurité sociale et de la garantie complémentaire de base

- Forfait optique

Les forfaits sont acquis dans la limite des montants indiqués au tableau des garanties et des règles liées aux contrats responsables. Cette limite s'entend sous déduction des montants d'indemnisation perçus par l'adhérent au titre de la garantie complémentaire de base. Elle s'applique dans le cadre du contrat responsable, c'est-à-dire dans la limite d'un dispositif par bénéficiaire tous les 2 ans, ceci pour l'ensemble composé de l'organisme porteur des garanties de base et de la Mutuelle, sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.

- Frais d'accompagnement à l'hôpital d'un enfant de moins de 10 ans

10 nuits par parent en Surco 130 et en Surco 160 ; 20 nuits en Surco 200 et 30 nuits en Surco 250.

- Indemnités journalières

10 jours maximum par an, par bénéficiaire à partir du 4ème jour. MVS vous versera un montant équivalent aux indemnités journalières versées par la Sécurité sociale hors prise en charge à 100% par cette dernière ou l'employeur : le total MVS + Sécurité sociale ne pouvant pas excéder le salaire réel. Nous fournir une attestation Sécurité sociale et ou une attestation de non paiement de la part de l'employeur ainsi que vos trois derniers bulletins de paie.

- Forfait homéopathie, acupuncture

Remboursements sur prescription médicale.

- Ostéopathie, ostéodensitométrie, nutritionniste

Les honoraires d'ostéopathie, d'ostéodensitométrie et de nutritionniste sont remboursés sur présentation de justificatifs.

- Prothèses dentaires, dents provisoires, implants

En Surco 130, 160, 200 et 250 le remboursement des prothèses, des dents provisoires et des implants peut aller jusqu'à 4 par an. Pour les prothèses dentaires, les remboursements concernent les prothèses ayant comme base de remboursement 107,50€ (Sécurité sociale + remboursement de la mutuelle de bas + Surcomplémentaire) soit en Surco 130 de 161,25€ à 215€; en Surco 160 de 215€ à 322,50€; en Surco 200 de 322,50€ à 537,50€ ; en Surco 250 de 430 à 752,50€. Le report est limité à 4 prothèses par an. Pour les dents provisoires et les implants, le montant du remboursement par dent sera variable selon la garantie : en Surco 130 jusqu'à 86 €, en Surco 160

jusqu'à 139.75 €, en Surco 200 jusqu'à 247.25 € et en Surco 250 jusqu'à 354.75 €.

- Forfait lunettes

S'agissant de lunettes, cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an. Les forfaits optique incluent la prise en charge du ticket modérateur. Le forfait optique est fractionnable et reportable tous les 2 ans dans les limites des plafonds fixées par décret à savoir 470€ pour un équipement à verres simples et jusqu'à 850 € pour un autre équipement.

- Forfait équipement avec verres simples

Verres simples dont la sphère est comprise entre -6.00/+6.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries. Le forfait optique est fractionnable et reportable tous les 2 ans dans les limites des plafonds fixées par décret à savoir 470€ pour un équipement à verres simples et jusqu'à 850 € pour un autre équipement.

- Forfait équipement avec verres complexes

Verres complexes : verres dont la sphère est hors-zone -6.00/+6.00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs, mélange de verres. Le forfait optique est fractionnable et reportable tous les 2 ans dans les limites des plafonds fixées par décret à savoir 470€ pour un équipement à verres simples et jusqu'à 850 € pour un autre équipement.

- Forfait équipement avec verres très complexes

Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphère-cylindriques hors zone -8.00/+8.00 dioptries; multifocaux ou progressifs sphériques hors zone -4.00/+4.00 dioptries. Le forfait optique est fractionnable et reportable tous les 2 ans dans les limites des plafonds fixées par décret à savoir 470€ pour un équipement à verres simples et jusqu'à 850 € pour un autre équipement . Le forfait lentilles n'est versé que si le forfait lunette n'a pas été consommé.

- Forfait lentilles ou opération de la myopie

Le forfait lentilles ne peut être versé que si le forfait monture/verre n'a pas été consommé (voir Forfait équipement avec verres simples / Forfait équipement avec verres complexes / Forfait équipement avec verres très complexes).

- Forfait journalier dans les MAS et EHPAD / Forfait journalier en psychiatrie dans les MAS et EHPAD

La somme des forfaits versés ne pourra être supérieure à 55 jours pour la Surco 130. Pour connaître le nombre de jours du forfait journalier pour les MAS, nous consulter.

- Traitement lumière bleue sur équipement

Traitement offert ou remboursé sur les verres, dans la limite des plafonds fixées par décret à 470€ pour un équipement à verres simples et 850€ pour un équipement à verres complexes. Uniquement dans le cadre d'un achat dans un centre de soins optique (Mutualité Française, MGEN ...) et sur présentation d'une facture détaillée mentionnant le traitement spécifique lumière bleue.

Exclusions : les actes de chirurgie esthétique non consécutifs à un accident, les actes des psychologues non médecins et les soins hors nomenclature.

Article 14 : FIN DU CONTRAT ou CESSATION DES GARANTIES

Ce contrat prend fin à son échéance.

Les seules exceptions de rupture en cours d'année sont les suivantes :

- décès de l'adhérent ;
- radiation ou exclusion ;
- ouverture de droits à la CMU Complémentaire ;
- ouverture de droits à l'ACS
- départ définitif du territoire français (hors vacances)

La demande de remboursement devra être présentée avec les justificatifs nécessaires. Le remboursement sera effectué sur la base du temps restant à courir. La résiliation sera effective le dernier jour du mois où elle a été présentée.

La fin du contrat entraîne la perte de la qualité de membre participant à la mutuelle.

Article 15 : SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due 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.

Article 16 : PRESCRIPTION

Les actions du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Conformément à l'article L221.11 du Code de la Mutualité, ce délai ne court, en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Article 17 : RISQUES EXCLUS

En règle générale, sont compris tous les risques donnant lieu à une prise en charge par le régime obligatoire.

Ne sont pas pris en charge les maladies, accidents, ainsi que leurs suites provoqués:

- intentionnellement ;
- par l'usage des stupéfiants non prescrits médicalement ;
- par les faits de guerre qui sont couverts par la législation particulière à intervenir ;
- par la désintégration ou la transformation du noyau atomique.

Sont également exclus :

- les cures de rajeunissement, d'amaigrissement etc...
- les soins et interventions de chirurgie esthétiques ainsi que leurs suites, sauf en cas de soins ou d'intervention de chirurgie réparatrice ou reconstructrice : la charge de la preuve incombe à l'assuré,
- les actes médicaux effectués soit antérieurement à la prise d'effet de la garantie soit postérieurement à la date de cessation de la garantie,
- en règle générale tous les soins hors nomenclature,
- les actes effectués par des psychologues ou des psychothérapeutes,
- la participation forfaitaire de 1 euro,
- les pénalités liées au non-respect du parcours de soins coordonnés,
- la franchise de 0,50 euros par médicament prescrit et par acte médical,
- la franchise de 2 euros par transport en véhicule sanitaire ou taxi.

TITRE V : INFORMATION DES ADHERENTS

Article 18 : INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à loi " Informatique et Libertés " du 06 janvier 1978, l'adhérent peut demander à tout moment la communication et rectification de toutes informations le concernant qui figurent sur tout fichier à l'usage de la MVS et de ses mandataires. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège social de la mutuelle.

Article 19 : NAISSANCE

Dans le cas d'une adhésion d'un nouveau-né dans les 30 jours suivants sa naissance et dans le cas où elle donne lieu à une cotisation supplémentaire (1^{er} et 2^{ème} enfant) , les 9 premiers mois de cotisation sont gratuits. Les montants sont précisés ci-après. Surco 130 : 9 mois de cotisation offerts soit une économie de 248,40€ au Régime Général. Surco 160 : 9 mois de cotisation offerts soit une économie de 310,50€

au Régime Général. Surco 200 : 9 mois de cotisation offerts soit une économie de 432€ au Régime Général. Surco 250 : 9 mois de cotisation offerts soit une économie de 551,70€ au Régime Général.

Article 20 : AYANTS DROITS

Dans le cas d'une adhésion dès le 3^{ème} enfant, les cotisations sont gratuites (3^{ème} enfant, 4^{ème}, 5^{ème},)

Article 21 : MODIFICATIONS

A. Modifications émanant de l'adhérent : changement de garantie

Lors de la première année de souscription, les seuls changements de garantie possibles sont au profit d'une garantie supérieure. Celle-ci peut être souscrite à tout moment de l'année. Elle prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande.

Si ce changement entraîne une diminution de garantie, la diminution sera effectuée le premier jour du mois suivant la demande. Dans le cas où cette demande de diminution fait suite à un précédent changement, la diminution ne sera effective que dans un délai minimum d'un an.

Changement de régime : tout changement du régime de base devra être signalé au plus tard dans les 3 mois. A défaut, le changement sera effectif le 1^{er} jour du mois suivant la notification.

B. Modifications émanant de la MVS

Toute modification apportée au présent contrat mutualiste relève de la compétence de l'Assemblée Générale du Groupe MGEL en application des règles définies dans les statuts de la MVS. Dans les cas et conditions prévus dans le Code de la Mutualité, le Conseil d'Administration de la MVS 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.

Article 22 : RESILIATION

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la mutuelle ou déposée contre décharge, au moins 2 mois avant la date d'échéance du présent contrat, c'est-à-dire le 31 octobre pour une résiliation au 31 décembre.

Article 23 : MEDIATION

Saisine du Médiateur

Le Médiateur ne peut être saisi qu'après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations, et si aucune action contentieuse ou procédure judiciaire relative au litige n'a été intentée. La saisine du Médiateur prend fin dès lors qu'une action contentieuse ou procédure judiciaire est engagée pour trancher le litige.

Le Médiateur examine les litiges concernant l'application des garanties assurées par la Mutuelle, les difficultés d'application ou d'interprétation des statuts de la Mutuelle, du règlement intérieur, du Règlement mutualiste ou des notices d'information

Sont exclus de la médiation :

les litiges liés :

- à la politique générale du Groupe MGEL, à la politique tarifaire, aux garanties souscrites via la Mutuelle auprès d'un autre assureur, sauf si le litige concerne la distribution de la garantie et non l'application de celle-ci, au recouvrement des cotisations, aux décisions prises dans le cadre du dispositif du Fonds d'entraide / action sociale.

ainsi que ceux :

- estimés infondés ou abusifs par le médiateur, pour lesquels le membre participant a introduit sa demande auprès du médiateur plus d'un an après sa réclamation écrite auprès de sa mutuelle, précédemment examinés (ou en cours d'examen) par un autre médiateur ou par un tribunal.

Parcours du Médiateur

Diplômé de l'Institut Commercial de Nancy

DECS

Certificat de formation de médiateur délivré par l'institut Armédis

Expérience professionnelle

De 1999 à 2014 : Directeur Général de la MGEL

Précédemment : postes de Contrôle de gestion, Direction administrative des ventes, Direction financière et Direction opérationnelle. exercés dans 3 sociétés différentes

Le Médiateur traitera les demandes formulées en Français.

