

# CONDITIONS GENERALES 2021



## Table des matières

<b>TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES</b> .....	3
<b>Article 1 : Objet du contrat</b> .....	3
<b>Article 2 : Intervenants</b> .....	3
<b>TITRE II : L'ADHESION</b> .....	3
<b>Article 3 : Conditions spécifiques et impératives d'adhésion</b> .....	3
<b>Article 4 : Formalités d'adhésion</b> .....	3
<b>Article 5 : Ouverture des droits</b> .....	4
<b>Article 6 : Durée de couverture</b> .....	4
<b>TITRE III : LES COTISATIONS</b> .....	4
<b>Article 7 : Les cotisations</b> .....	4
<b>Article 8 : Défaut de paiement</b> .....	5
<b>Article 9 : Evolution des cotisations</b> .....	5
<b>TITRE IV : LES PRESTATIONS</b> .....	5
<b>Article 10 : Conditions de versement des prestations</b> .....	5
<b>Article 11 : Risques couverts</b> .....	6
<b>Article 13 : Subrogation</b> .....	6
<b>Article 14 : Prescription</b> .....	7
<b>Article 15 : Risques exclus</b> .....	7
<b>TITRE V : INFORMATION DES ADHERENTS</b> .....	8
<b>Article 16 : Informatique et libertés</b> .....	8
<b>Article 17 : Naissance</b> .....	8
<b>Article 18 : Modifications</b> .....	9
<b>Article 19 : Résiliation</b> .....	9
<b>Article 20 : Médiation</b> .....	9
<b>TITRE VI : LES GARANTIES</b> .....	11

# CONDITIONS GENERALES 2021



## 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.

### 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 MVS.

## TITRE II : L'ADHESION

### Article 3 : Conditions spécifiques et impératives d'adhésion

#### 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.

#### Peuvent également percevoir des prestations en qualité de membres bénéficiaires :

- le conjoint ou le concubin d'un membre participant ou la personne liée à lui par un PACS ou toute personne vivant sous le même toit, sur présentation de justificatifs attestant sa situation.
- les enfants de membres participants, âgés de moins de 25 ans pour les familles dépendant du régime général et de moins de 20 ans pour les familles dépendant du régime local.
- toute personne ayant le statut d'ayant droit du membre participant au sens de la Sécurité sociale.

### Article 4 : Formalités d'adhésion

Un bulletin d'adhésion, les statuts et le règlement intérieur de MVS ainsi que le présent contrat mutualiste intitulé "Conditions Générales 2021" 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 MVS et au présent contrat. Lors de l'adhésion, le futur adhérent renseigne la mutuelle sur ses besoins ainsi que ses capacités financières. Ces renseignements se formalisent dans une fiche de conseil retranscrite dans la note d'information précontractuelle.

# CONDITIONS GENERALES 2021



Cette personne remplit, signe et date la fiche « Devoir de Conseil » (pour les adhésions au sein des accueils MVS uniquement) et le bulletin d'adhésion en y précisant notamment les personnes assurées (nom, prénom, date de naissance, numéro de Sécurité sociale), 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, du règlement intérieur de MVS et de la fiche « Devoir de Conseil ».

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 5 : Ouverture des droits**

L'ouverture des droits intervient soit au 1<sup>er</sup> jour du mois en cours si adhésion avant le 10 du mois, soit le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant.

Toutefois, si l'adhérent était précédemment couvert par une autre Mutuelle 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 6 : Durée 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 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.

Les cotisations sont fixées en fonction :

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

Elles peuvent être individuelles, par couple, familiales ou monoparentales. L'adhérent a la possibilité de fractionner le paiement de ces cotisations.

# CONDITIONS GENERALES 2021



## **Article 8 : Défaut 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 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 ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

MVS 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 garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets à midi, le lendemain du jour où ont été payées à 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 (se décomposant ainsi : 3€ par prélèvement rejeté).

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

## **Article 9 : Evolution des cotisations**

MVS 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 10 : 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 des décomptes du régime obligatoire et justificatifs de paiement.

### **Règles concernant les cumuls**

Les prestations complémentaires de la Mutuelle peuvent être cumulées avec celles de la Sécurité sociale, ainsi qu'avec celles servies par tout autre organisme de prévoyance, 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. 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.

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

# CONDITIONS GENERALES 2021



seulement être servie.

## **Date prise en compte**

En règle générale, la date prise en compte, par comparaison avec les dates d'ouverture de droits, est la date figurant sur le décompte de Sécurité sociale ; pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire (par exemple lentilles), c'est la date de facturation qui est prise en compte.

## **Article 11 : 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 la garantie 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 des 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, dans la limite des tarifs plafonds conventionnés en vigueur.

## **Article 12 : Fin de contrat ou Cessation des garanties**

Conformément à l'article L221-10-2 du Code de la Mutualité, l'adhérent a désormais la possibilité de résilier sans frais ni pénalités son contrat de complémentaire santé individuelle après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription du contrat en question (résiliation Infra-Annuelle).

Ce contrat prend fin quand l'adhérent manifeste sa volonté de résilier. Il doit alors démissionner par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Mutuelle 2 mois au moins avant l'échéance. En l'espèce, la date d'échéance étant au 31 décembre de chaque année, la dénonciation doit parvenir à la Mutuelle avant le 31 octobre de la même année, le cachet de la poste faisant foi. Les seules exceptions de rupture en cours d'année sont les suivantes :

- décès de l'adhérent ;
- radiation ou exclusion ;
- ouverture de droits à la Complémentaire santé solidaire ;
- complémentaire imposée par l'employeur par décision Unilatérale de l'Employeur ;
- départ définitif du territoire français (hors vacances).

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<sup>er</sup> du mois suivant la réception par MVS de la résiliation envoyée par lettre recommandée avec accusé de réception et entraîne la perte de qualité de membre participant à la Mutuelle.

## **Article 13 : Subrogation**

# CONDITIONS GENERALES 2021



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 14 : 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 15 : 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.

# CONDITIONS GENERALES 2021



## Comportement abusif

MVS ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le bénéficiaire du contrat.

MVS réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement. Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère du bénéficiaire ou de non-remboursement d'une avance de frais, MVS réclamera s'il y a lieu au bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

## **TITRE V : INFORMATION DES ADHERENTS**

### **Article 16 : Informatique et libertés**

Les données relatives aux membres participants, leurs ayants droits et membres honoraires constituent des données à caractère personnel et sont protégées à ce titre par le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018 (ci-après, « le règlement européen sur la protection des données »), ainsi que par la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

La Mutuelle s'engage, dans le cadre des différents traitements qu'elle est amenée à mettre en œuvre au titre de la réalisation de son objet et des activités définies à l'article 3 de ses Statuts à respecter toutes les obligations posées par ces différentes réglementations, et notamment à ne pas utiliser les données à caractère personnel des membres et ayants droit à d'autres fins que celles résultant de l'application des statuts, du règlement intérieur et des règlements mutualistes.

La Mutuelle s'engage également, en tant que responsable de traitement, à traiter loyalement les données des membres et ayants droit et à leur permettre, au travers des différents documents d'information ou supports de collecte de données, de connaître la raison de la collecte des différentes données les concernant, de comprendre le traitement qui sera fait de leurs données et d'assurer la maîtrise de leurs données, en facilitant l'exercice de leurs droits.

Le membre participant peut faire usage de son droit d'accès, de rectification par mail à l'adresse [protectiondesdonnees@mgel.fr](mailto:protectiondesdonnees@mgel.fr) à tout moment. Il peut retrouver l'intégralité de ses droits sur la Charte sur la Protection des Données à l'adresse :

[https://www.mgel.fr/contact/docs\\_contractuels/2018-Charte-de-la-protection-des-donnees.pdf](https://www.mgel.fr/contact/docs_contractuels/2018-Charte-de-la-protection-des-donnees.pdf)

### **Article 17 : Naissance**

Le cadeau s'appliquera si la naissance génère une nouvelle cotisation et s'il y a adhésion de l'enfant dans les 30 jours suivant la naissance et qu'un de ses parents est adhérent. La gratuité pour le nouveau-né s'appliquera sur la garantie choisie pour ce dernier.



## **Article 18 : 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'un niveau supérieur. Celle-ci peut être souscrite à tout moment de l'année. Elle prend effet le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> jour du mois suivant la notification.

### **Changement de tranche d'âge**

Pour le calcul de la cotisation, s'il y a un changement de tranche d'âge dans l'année, la tranche d'âge supérieure est retenue au 1<sup>er</sup> janvier de l'année.

Tranche 1 : 0-17 ans / Tranche 2 : 18-24 ans / Tranche 3 : 25-39 ans / Tranche 4 : 40-59 ans / Tranche 5 : 60 ans et plus.

### **A. Modifications émanant de MVS**

Toute modification apportée au présent contrat mutualiste relève de la compétence de l'Assemblée Générale de MVS en application des règles définies dans les statuts de MVS. Dans le cas des conditions prévus dans le Code de la Mutualité, le Conseil d'Administration de 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 19 : Résiliation**

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion 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 20 : Médiation**

### **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.



# CONDITIONS GENERALES 2021



## 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.

Pour favoriser la résolution amiable des litiges qui opposent la MGEL à ses adhérents, la MGEL a mis en place une procédure de médiation régie par les dispositions générales, légales et réglementaires, figurant au titre 1<sup>er</sup> « 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).

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

Une garantie = 4 modules (Optique et Dentaire, Soins courants, Hospitalisation, Autres Soins). Le futur adhérent choisit le niveau de couverture le plus adapté à ses besoins, pour cela il peut suivre le Devoir de Conseil formulé par MVS lors de la souscription ou non. Les garanties sont réparties sur 6 niveaux, du plus faible au plus fort. Les garanties 2 à 6 intègrent les niveaux de couverture RAC 0 – 100% Santé.

Les taux indiqués incluent le remboursement de la Sécurité sociale et sont calculés sur la base du tarif 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 24€ retenue par la Sécurité sociale pour les actes supérieurs à 120 €.

- Forfait lentilles : celui-ci est disponible au bénéfice de l'adhérent s'il n'a pas utilisé en cours d'année son forfait lunettes.
- Forfait optique : les forfaits sont acquis dans la limite des montants indiqués au tableau des garanties et des règles liées aux contrats responsables.
- Forfait médecines douces : remboursement sur prescription médicale et facture.
- Forfait fruits & légumes : remboursement sur présentation de justificatifs d'achat ; seuls les fruits & légumes frais peuvent faire l'objet d'une prise en charge.
- Forfait auto-test infection urinaire & virus utérin : remboursement sur présentation de justificatifs d'achat.
- Forfait auto tensiomètre: remboursement sur présentation de justificatifs d'achat.

1. Le forfait optique est fractionnable et reportable d'une année sur l'autre tous les 2 ans, dans les limites des plafonds fixés par décret, et dans le cas d'absence de règlement au titre de la garantie concernée. Un équipement comprend une monture et deux verres. Les catégories de verres simples, complexes et très complexes sont actuellement définies à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale (simple = catégorie A, complexe = catégorie C et très complexe = catégorie F). Remboursement limité à l'achat d'un équipement par période de 2 ans, sauf cas dérogatoires actuellement fixés dans l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale (§ VIII "Conditions de renouvellement"). Un panachage classe A et classe B (deux verres d'une part, et une monture d'autre part) est possible selon les modalités actuellement fixées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au

# CONDITIONS GENERALES 2021



chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale (§ VII.3. "Dispositifs de classe A et de classe B").

2. Verres simples : verres 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 420 € pour un équipement à verres simples.
3. 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 700 € pour un équipement à verres complexes.
4. 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 800 € pour un équipement à verres très complexes.
5. Le forfait lentilles ne peut être versé que si le forfait monture/verres n'a pas été consommé (voir 2, 3, 4). MVS prendra en compte la date d'achat.
6. Traitement offert ou remboursé sur les verres, dans les limites des plafonds fixées par décret à 420 € pour un équipement à verres simples et 800 € pour un équipement à verres très 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. Voir le détail au tableau en annexe.
7. Pour les Niveaux 2, 3, 4, 5 et 6, le remboursement des prothèses, des dents provisoires et des implants peut aller jusqu'à 4 par an. Les montants indiqués dans le tableau p 12-13 sont arrondis à l'euro inférieur. Les montants sont précisés ci-après pour une prothèse. Pour les prothèses dentaires, les remboursements concernent les prothèses ayant comme base de remboursement 107,50 € (Sécurité sociale + Ticket modérateur + Dépassement) soit au Niveau 2 de 134,37 € à 161,25 € ; au Niveau 3 de 161,25 € à 215 € ; au Niveau 4 de 215 € à 322,50 € ; au Niveau 5 de 322,50 € à 537,50 € ; au Niveau 6 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 le niveau : au Niveau 2 : jusqu'à 59.12 €, au Niveau 3 jusqu'à 86 €, au Niveau 4 jusqu'à 139.75 €, au Niveau 5 jusqu'à 247.25 € et au Niveau 6 jusqu'à 354.75 €.
8. Le forfait petit appareillage peut compléter le remboursement, sous condition de versement.
9. La somme des forfaits versés en MAS et EHPAD hors psychiatrie ne pourra être supérieure à 50 jours pour le Niveau 2 du Module Hospitalisation et 55 jours pour le Niveau 3 du Module Hospitalisation ; pour les Niveaux 4, 5, 6 : sans limitation. Pour connaître le nombre de jours du forfait journalier pour la psychiatrie, nous consulter.
10. 10 nuits pour l'un des parents dans le cadre d'une garantie famille pour les Niveaux 3 et 4 du Module Hospitalisation ; 20 nuits pour le Niveau 5 et 30 nuits pour le Niveau 6.
11. 10 jours maximum par an, par bénéficiaire à partir du 4ème jour. MVS vous verse un montant équivalent aux IJ versées par la Sécurité sociale hors prise en charge à 100% par cette dernière ou

# CONDITIONS GENERALES 2021



l'employeur : le total MVS + SS ne pouvant pas excéder le salaire réel. Nous fournir une attestation Sécurité sociale ou une attestation de non-paiement de la part de l'employeur ainsi que vos trois derniers bulletins de paie.

12. Remboursements sur présentation de justificatifs (homéopathie, acupuncture, ostéopathe, ostéodensitométrie, nutritionniste, chiropractie, micro-kinésithérapie, diététicien, kinésiologie, méthode Mézières, phytothérapie, sophrologie, réflexologie et magnétiseur).
13. Pour le nouveau-né s'il y a adhésion de l'enfant dans les 30 jours suivant la naissance et qu'un de ses parents est adhérent. Les montants indiqués ci-après sont arrondis à l'euro inférieur.
  - Niveau 1 : 6 mois de cotisation offerts soit une économie de 101€.
  - Niveau 2 : 6 mois de cotisation offerts soit une économie de 137€ au Régime Général et 50€ au Régime Local.
  - Niveau 3 : 9 mois de cotisation offerts soit une économie de 280€ au Régime Général et 102€ au Régime Local.
  - Niveau 4 : 9 mois de cotisation offerts soit une économie de 350€ au Régime Général et 158€ au Régime Local.
  - Niveau 5 : 9 mois de cotisation offerts soit une économie de 487€ au Régime Général et 295€ au Régime Local.
  - Niveau 6 : 9 mois de cotisation offerts soit une économie de 622€ au Régime Général et 425€ au Régime Local.

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