



PREAMBULE

Une mutuelle, appelée "Mutuelle des Etudiants de Provence" (MEP) est établie à Marseille (13006), Tour Méditerranée - 65 avenue Jules Cantini - CS20001 - 13942 Marseille Cedex 20. 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 inscrite au Registre National des Mutuelles 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 Mutuelle des Etudiants de Provence (MEP), il est établi un règlement mutualiste. Celui-ci définit les engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la Mutuelle des Etudiants de Provence en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

■ Article 2 : Gamme de garanties

La gamme se répartit en vingt deux garanties mutualistes qui sont les suivantes :

- 5 garanties santé annuelles d'une durée de 12 mois dénommées : «Basick», «Déclick», «Pratick», «Dynamick», «Stratégick»
- 5 garanties d'une durée de 9 mois dénommées : «Basick 9», «Déclick 9», «Pratick 9», «Dynamick 9», «Stratégick 9»
- 5 garanties d'une durée de 6 mois dénommées : «Basick 6», «Déclick 6», «Pratick 6», «Dynamick 6», «Stratégick 6»
- 5 garanties d'une durée de 3 mois dénommées : «Basick 3», «Déclick 3», «Pratick 3», «Dynamick 3», «Stratégick 3»
- la garantie «T'es Bien»
- et la garantie «T'as Tout»

OBLIGATION DES ADHÉRENTS ENVERS LA MUTUELLE

■ 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 Mutuelle, 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 2009/2010, le montant des garanties sont les suivants :

- Garanties annuelles : «Basick» - 50 € ; «Déclick» - 112 € ; «Pratick» - 225 € ; «Dynamick» - 298 € ; «Stratégick» - 422 €.
Les garanties annuelles sont conclues pour une durée ferme de 12 mois.
- Garanties 9 mois : «Basick 9» - 40 € ; «Déclick 9» - 90 € ; «Pratick 9» - 178 € ; «Dynamick 9» - 234 € ; «Stratégick 9» - 334 €.
Les garanties «9 mois» sont conclues pour une durée ferme de 9 mois.
- Garanties 6 mois : «Basick 6» - 28 € ; «Déclick 6» - 62 € ; «Pratick 6» - 122 € ; «Dynamick 6» - 164 € ; «Stratégick 6» - 232 €.
Les garanties «6 mois» sont conclues pour une durée ferme de 6 mois.
- Garanties 3 mois : «Basick 3» - 15 € ; «Déclick 3» - 34 € ; «Pratick 3» - 66 € ; «Dynamick 3» - 86 € ; «Stratégick 3» - 122 €.
Les garanties «3 mois» sont conclues pour une durée ferme de 3 mois.

Pour l'année universitaire 2009/2010, le montant de la garantie « T'es Bien » est de 24 €.

Pour l'année universitaire 2009/2010, le montant de la garantie « T'as Tout » est de 16 €.

Pour adhérer à l'une de ces garanties hormis les garanties « T'as Tout », «T'es Bien» et les garanties «3 mois» qui sont payables au comptant, le membre participant peut bénéficier sans frais supplémentaire d'un paiement fractionné.

Pour les garanties tacitement reconduites 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 prélèvement moyennant le versement d'un acompte de 16 euros, le solde étant prélevé par mensualités égales dont le nombre varie en fonction de la date de souscription et de la garantie choisie. 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. 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), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes désignés ci-après : FMIP, USEM et UMGP 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 avis de réception, pendant un délai de trente jours à compter de la date de demande d'adhésion en obtenant la restitution intégrale des cotisations versées. Cette faculté de renonciation n'est valable que dans le cas où le souscripteur n'aurait pas fait jouer sa garantie ou celles de ses ayants droit.

■ Article 5 : Tacite reconduction

Le contrat mutualiste hors les garanties «T'as Tout» et «T'es Bien » se renouvellera automatiquement par tacite reconduction pour 12 mois supplémentaires sauf dénonciation par lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'adhérent au siège social de la mutuelle au moins 2 mois avant l'échéance. En l'espèce la date d'échéance étant au 30 septembre de chaque année, la dénonciation doit parvenir à la mutuelle avant le 30 juillet de la même année, le cachet de la Poste faisant foi.

Obligations de la Mutuelle envers ses adhérents

■ Article 6 : Objet des garanties mutualistes

La Mutuelle assure directement des prestations mutualistes complémentaires de l'Assurance Maladie, et autres (forfaits, individuelle accident,...). Les prestations mutualistes servies en matière de santé aux membres participants ou ayants droits viennent en complément des prestations de Sécurité Sociale, ainsi qu'avec celles servies par tout autre organisme de prévoyance. Toutefois le remboursement ne peut être en aucun cas supérieur au prix réel payé par l'adhérent.

■ Article 7 : Ouverture et fin de droits

Ouverture des droits :

- Garanties annuelles : L'ouverture des droits intervient au lendemain du paiement à 0 heure et au plus tôt le 1^{er} octobre 2009.
- Garantie «9 mois» : L'ouverture des droits intervient au lendemain du paiement à 0 heure et au plus tôt le 1^{er} janvier 2010.
- Garantie «6 mois» : L'ouverture des droits intervient au lendemain du paiement à 0 heure et au plus tôt le 1^{er} avril 2010.
- Garantie «3 mois» : L'ouverture des droits intervient au lendemain du paiement à 0 heure et au plus tôt le 1^{er} juillet 2010.
- Garanties «T'as Tout» et «T'es Bien» : L'ouverture des droits intervient au lendemain du paiement à 0 heure.

Fin des droits : L'adhésion vient à échéance le 30 septembre de chaque année. Elle se reconduit tacitement au 1^{er} octobre hormis les garanties «T'as Tout» et «T'es Bien». Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée au plus tard deux mois avant la date d'échéance, soit donc avant le 30 juillet 2010 et dans tous les cas législativement et/ou réglementairement prévus.

■ Article 8 : Prestations

Risques couverts : Les risques couverts sont définis annuellement par le tableau des prestations approuvé par l'Assemblée Générale.

Taux de prestations : Les taux de prestations des différentes garanties sont définis dans le tableau des prestations approuvé par l'Assemblée Générale et viennent en complément des remboursements de la Sécurité Sociale. Tous les remboursements indiqués 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 01/04/2009. Toute modification des prestations et taux de remboursement par l'Assurance Maladie n'entraînera pas pour autant une compensation financière supplémentaire payée par la Mutuelle à l'adhérent.

Pour les garanties «Basick», «Déclick», «Pratick», «Dynamick», «Stratégick», «Basick 9», «Déclick 9», «Pratick 9», «Dynamick 9», «Stratégick 9» et «T'as Tout», la mutuelle prend en charge :

- le versement d'un capital en cas d'invalidité permanente totale ou partielle consécutive à un accident.

Pour toutes les garanties à l'exception des garanties «T'as Tout» et «T'es Bien» la mutuelle 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).
- dans le cas d'un accident entraînant, sur prescription médicale, des frais de traitement c'est à dire des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation ou d'ambulance, la mutuelle rembourse les frais de traitement qui restent à la charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité Sociale et des régimes de prévoyance collective dont bénéficie l'adhérent jusqu'à hauteur de 400% du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale desdits actes.

Pour les garanties «Basick», «Basick 9», «Basick 6», «Basick 3», et les garanties «Déclick», «Déclick 9», «Déclick 6», «Déclick 3» ainsi que les garanties «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.

Pour toutes les garanties à l'exception des garanties «T'as Tout» et «T'es Bien» : Le versement des forfaits, ci-après indiqués s'effectue sur prescription médicale et sur présentation des factures ou reçus. Le versement des forfaits s'effectue dans la limite des frais engagés par l'adhérent, le versement peut être fractionnable.

Le forfait optique est attribué pour l'achat de lunettes ou de lentilles remboursées ou non par la Sécurité Sociale. Le forfait prothèse dentaire est attribué pour des prothèses remboursées ou non par la Sécurité Sociale. Le forfait naissance est attribué lorsque le membre participant justifie d'au moins dix mois consécutifs d'adhésion à une garantie santé MEP sur présentation du certificat de naissance et limité à 1 prime par enfant.

Pour les garanties annuelles les montants des forfaits sont :

- Forfait tabac stop : 20 € pour la garantie «Basick», 30 € pour la garantie «Déclick», 40 € pour la garantie «Pratick», 60 € pour la garantie «Dynamick», 120 € pour la garantie «Stratégick».
- Forfait contraception : 50 € pour la garantie «Dynamick», 60 € pour la garantie «Stratégick»
- Forfait optique : 60 € pour la garantie «Dynamick», 160 € pour la garantie «Stratégick»
- Forfait prothèse dentaire : 80 € pour la garantie «Dynamick», 160 € pour la garantie «Stratégick»
- Forfait prothèse auditive : 150 € pour la garantie «Dynamick», 150 € pour la garantie «Stratégick».
- Forfait naissance : 150 € pour la garantie «Dynamick», 200 € pour la garantie «Stratégick».

Pour les garanties «9 mois», «6 mois» et «3 mois» les montants des forfaits sont calculés sur la base du montant des forfaits annuels multiplié par 0,75 pour les garanties «9 mois», 0,5 pour les garanties «6 mois» et 0,25 pour les garanties «3 mois». Le forfait naissance n'est valable que pour les garanties annuelles.

Pour la garantie «T'es Bien» : Les montants des forfaits sont :

- Forfait aide à l'arrêt du tabac : 40 €
- Forfait médicaments non prescrits : 20 €
- Forfait contraception d'urgence 10 €
- Forfait préservatifs 12 €
- Forfait test de grossesse 10 €

Le versement des forfaits s'effectue sur présentation des factures ou reçus dans la limite des frais engagés pendant la période d'ouverture des droits considérée.

Risques limités : Pour toutes les garanties à l'exception des garanties «T'as Tout» et «T'es Bien» : le nombre de forfaits journalier remboursé pour hospitalisation en services psychiatriques, neuropsychiatriques ainsi que pour les centres d'éducation et de soins spécialisés est limité à 12 forfaits par an et par personne pour les garanties annuelles, à 9 forfaits pour les garanties «9 mois», à 6 forfaits pour les garanties «6 mois», à 3 forfaits pour les garanties «3 mois».

Pour les garanties «Déclick», «Pratick», «Dynamick», «Stratégick» : le remboursement des actes psychiatriques, neuropsychiatriques est limité à 12 consultations et visites par an et par personne pour les garanties annuelles, à 9 consultations et visites pour les garanties «9 mois», à 6 consultations et visites pour les garanties «6 mois», à 3 consultations et visites pour les garanties «3 mois».

Pour les garanties «Pratick», «Dynamick», «Stratégick» : le remboursement des séances de kinésithérapie non consécutives à un accident sont limitées à 12 séances par an et par personne pour les garanties annuelles, à 9 séances pour les garanties «9 mois», à 6 séances pour les garanties «6 mois», à 3 séances pour les garanties «3 mois».

Risques exclus : Les actes de chirurgie esthétique non consécutifs à un accident.

	Taux Sécurité Sociale (01/04/2009)	basick 50 €/an 4,17 €/mois	déclick 112 €/an 9,33 €/mois	pratick 225 €/an 18,75 €/mois	dynamick 298 €/an 24,83 €/mois	stratégick 422 €/an 35,17 €/mois
HOSPITALISATION						
■ Chirurgie, médecine	80 à 100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
■ Maternité	80 à 100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
■ IVG	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⁾		400 %	400 %	400 %	400 %	400 %
SOINS COURANTS						
■ Médecin généraliste ou spécialiste en parcours de soins ⁽⁴⁾	70 %		100 %	100 %	100 %	130 %
■ Médecin généraliste ou spécialiste hors parcours de soins *	30 %				30 + 30 %	30 + 30 %
■ Médecin en accès direct ⁽⁴⁾	70 %		70 % ♦	100 %	100 %	130 %
■ Vaccins et rappels remboursés ou non par la SS	0 à 65 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
■ Soins externes dans un établissement public en parcours de soins ⁽⁴⁾	70 %		100 %	100 %	100 %	100 %
■ Soins externes dans un établissement public hors parcours de soins *	30 %				30 + 30 %	30 + 30 %
■ Chirurgie sans hospitalisation	70 %		100 %	100 %	100 %	130 %
■ Pharmacie vignettes bleues	35 %		100 %	100 %	100 %	100 %
■ Pharmacie vignettes blanches	65 %		100 %	100 %	100 %	100 %
AUTRES SOINS						
■ Participation assuré 18 € ^(2b)				OUI	OUI	OUI
■ Optique	65 %			100 %	100 %	130 %
■ Soins dentaires, prothèse dentaire	70 %			100 %	100 %	100 %
■ Radiologie en parcours de soins	70 %		●	100 %	100 %	100 %
■ Radiologie hors parcours de soins *	30 %				30 + 30 %	30 + 30 %
■ Analyses en parcours de soins	60 %		●	100 %	100 %	100 %
■ Analyses hors parcours de soins *	60 %			100 %	100 %	100 %
■ Auxiliaires Médicaux (Kinés, ⁽⁵⁾ Infirmières, Sages - femmes, Orthophonistes, Orthoptistes...)	60 %			100 %	100 %	100 %
■ Cures thermales	65 à 70 %			100 %	100 %	100 %
■ Prothèses - Orthèses	65 %			100 %	100 %	100 %
FORAITS SUPPLEMENTAIRES ⁽⁶⁾						
■ Détartrage dentaire annuel		1	1	1	1	1
■ Forfait contraception (pilule, patch, anneau)					50 €	60 €
■ Forfait tabac stop	50 €	70 €	80 €	90 €	110 €	170 €
■ Forfait optique ⁽⁷⁾					60 €	160 €
■ Forfait prothèse dentaire ⁽⁸⁾					80 €	160 €
■ Forfait prothèse auditive					150 €	150 €
■ Forfait naissance ⁽⁹⁾					150 €	200 €
SOLIDARITE : Fonds d'entraide mutualiste						
		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
GARANTIE "T'AS TOUT" MEP INCLUSE						
		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
■ Responsabilité Civile ■ Assurance stage ■ Assistance Monde Entier ■ Individuelle Accident ■ Avantages et services						

(1) Sauf psychiatrie, neuropsychiatrie, centres d'éducation et de soins spécialisés limités à 12 jours par personne et par an. (2) Pour les actes pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale, dont le coefficient est supérieur à 50, ou le prix supérieur à 91 euros, une participation 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) Limitation à 12 consultations psychiatriques et neuro psychiatriques par personne et par an. (5) Limitation à 12 séances par personne et par an. Pas de limitation pour des séances consécutives à un accident. (6) Dans la limite des frais engagés et fractionnables dans l'année. Sur présentation de factures et ordonnances. (7) Lunettes et lentilles remboursées ou non par la Sécurité Sociale. (8) Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité Sociale. (9) 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 20% est limité à 5 euros par acte (au 01/04/2009). 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 01/04/2009. Toute modification des prestations et taux de remboursement par l'Assurance Maladie ne saurait en aucune manière engager la responsabilité de la MEP. ♦: 100% si vous avez désigné votre médecin traitant. ●: 100% si prescrit par votre médecin traitant ou un médecin correspondant.

■ 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) : c'est la date des soins.
2. Actes des auxiliaires médicaux : c'est la date d'exécution.
3. Médicaments - accessoires - pansements - optique - autres fournitures : c'est la date d'exécution.
4. Prothèses dentaires : c'est la date d'exécution.
5. Appareillage : c'est la date d'exécution.
6. Analyses médicales : c'est la date de prescription pour la première exécution, c'est la date d'exécution pour les renouvellements.
7. Transports : en ambulance, en VSL, en taxi ou autre moyen personnel ou public, c'est la date du déplacement.
8. Hospitalisation : pour les frais de séjour et honoraires nous prendrons en considération chaque journée d'hospitalisation.
9. Cures thermales : c'est la date d'exécution.
10. Cas particuliers : décomptes établis par un autre organisme de prévoyance.

Lorsque la demande de prestations est effectuée sur présentation de décomptes de règlements établis par un organisme de prévoyance (assurance maladie ou autre) 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 mutuelle. 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 : c'est la date d'exécution. Pour le forfait naissance, c'est la date de la naissance sur présentation du livret de famille portant mention de la naissance.

■ Article 10 : Prescription du droit aux remboursements

Les droits aux remboursements des prestations mutualistes se prescrivent à compter de la date du début des soins jusqu'au terme d'une période de deux ans augmentée de la fin du trimestre en cours. Toutes les actions dérivant des opérations régies par le livre II du Code de la Mutualité sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Individuelle accident

■ Article 11 : Individuelle Accident (Décès - Invalidité)

La MEP propose à certains de ses membres participants et à leurs ayants droit, un capital en cas d'invalidité permanente totale ou partielle consécutive à un accident. Cette garantie est proposée soit en application des contrats mutualistes dénommés «Basick», «Déclick», «Pratick», «Dynamick», «Stratégick», «Basick 9», «Déclick 9», «Pratick 9», «Dynamick 9», «Stratégick 9», soit en application du contrat mutualiste dénommé «T'as Tout».

Capitaux 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, 60% = 0,60, soit donc un capital versé de 20 000 € x 0,60 = 12 000 €.

NB : 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. La MEP propose aux membres participants précités 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 adhérents célibataires, ce capital est augmenté de 305 € pour les adhérents mariés, ce capital est aussi augmenté de 305 € par enfant à charge avec un maximum de 1525 € (soit 2 enfants à charge).

Bénéficiaire

La personne qui reçoit de la Mutuelle les sommes dues au titre des sinistres. En cas de décès de l'Adhérent, à moins qu'une autre personne n'ait été désignée par l'Adhérent, 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 à l'Adhérent. 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 Adhérent 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, insolation 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 l'Adhérent 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 l'Adhérent de certaines obligations qui lui sont imposées.

L'assurance ne couvre pas les sinistres :

- Causés ou provoqués intentionnellement par l'Adhérent.
- 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 l'Adhérent de drogues, stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement.
- Survenus lorsque l'adhérent présentait un taux d'alcoolémie supérieur à 0.50 gramme /litre de sang lors de la survenance du sinistre et ce qu'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 de l'Adhérent.
- Résultant de la participation de l'Adhérent 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 l'Adhérent est passager d'un appareil de locomotion aérienne qui n'est pas agréé pour le transport de passagers.
- Provoqués par la guerre étrangère ; l'Adhérent ou le Bénéficiaire doit prouver que le sinistre résulte d'un autre fait.
- Provoqués par la guerre civile ; il appartient à la Mutuelle de faire la preuve que le sinistre résulte de ce fait.
- Résultant de crise d'épilepsie, de rupture d'anévrisme, d'un infarctus du myocarde, d'une embolie cérébrale ou d'une hémorragie méningée.

- Résultant de crise d'épilepsie, de 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 Mutuelle

• en cas de décès de l'adhérent garanti

Lorsqu'un adhérent est victime d'un Accident et décède de ses suites dans les 24 mois de sa survenance, la Mutuelle verse au Bénéficiaire la somme indiquée à l'article 11. Si le corps de l'Adhérent 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 de l'Adhérent, des autres passagers ou des membres d'équipage dans les deux ans qui suivent, alors il sera présumé que l'Adhérent 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 Adhérent est victime d'un Accident et qu'il est établi qu'il reste invalide de ses suites, partiellement ou totalement, la Mutuelle verse à l'Adhérent la somme obtenue en multipliant le montant indiqué à l'article 11 par le taux d'invalidité du barème précisé à l'article 11. Le degré d'invalidité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de l'Adhérent 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, 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 pré-existant 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

L'Adhérent ou le Bénéficiaire doit déclarer le sinistre 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.

L'Adhérent ou le Bénéficiaire qui intentionnellement fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés dans l'intention de tromper la Mutuelle, perd tout droit à la garantie pour le sinistre en cause. Toutes les mesures utiles doivent être prises sans retard pour limiter les conséquences du sinistre et hâter le rétablissement de l'Adhérent qui doit se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état.

Le médecin mandaté par la Mutuelle doit avoir libre accès auprès de l'Adhérent pour constater son état. L'Adhérent accepte que les informations médicales concernant son état de santé soient communiquées au médecin expert mandaté par la Mutuelle. Tout refus non justifié de se conformer à ce contrôle, après mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception, entraîne la Déchéance de la garantie. A défaut d'une déclaration dans les délais précités et dans le cas où la Mutuelle subit un dommage du fait de l'absence de cette déclaration ou de son caractère tardif, la déchéance peut être opposée à l'Adhérent.

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 de l'Adhérent.

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 de l'Adhérent 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

L'Adhérent peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé auprès de la direction générale de la Mutuelle en son siège social: Tour Méditerranée - 65 avenue Jules Cantini - CS 20001 - 13942 Marseille Cedex 20 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 Mutuelle 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 de l'Adhérent décédé.

■ Article 12 : Fonds d'entraide mutualiste

Définition: Dans le cadre de son action sociale et de solidarité, la Mutuelle peut accorder des allocations exceptionnelles à ses adhérents ainsi qu'à leurs ayants droit lorsque leur situation le justifie.

Les Bénéficiaires:

- Les membres participants de la Mutuelle des Etudiants de Provence,

- Leurs ayants droit.

Ces qualités s'apprécient à la date retenue pour l'examen du droit aux prestations.

Domaines d'intervention:

- Aider les adhérents 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 l'adhérent de la Mutuelle 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 Mutuelle des Etudiants de Provence 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.