



REGLEMENT MUTUALISTE DE LA MUTUELLE FAMILIALE DES TRAVAILLEURS DU GROUPE SAFRAN MFTGS

- **CHAPITRE I** OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHERENTS
- **CHAPITRE II** OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE
- **CHAPITRE III** OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

REGLEMENT MUTUALISTE

CHAPITRE I

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHERENTS

Le Règlement mutualiste définit les droits et obligations caractéristiques de la mutuelle et des adhérents. Adopté par l'Assemblée Générale, il définit le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les cotisations et les prestations des contrats individuels.

Les membres participants ou honoraire des contrats SAFRAN sont régis suivant les dispositions de l'accord groupe.

Article 1^{er} : Cotisations 2019 :

Article 1-a : CONTRATS INDIVIDUELS :

RETRAITES :

RETRAITES	R300	R320	R340	R380	R400
1 Assuré	67 €	71 €	97 €	113 €	125 €
1 Assuré avec 1 enfant	91 €	97 €	130 €	153 €	169 €
2 Assurés	127 €	138 €	187 €	219 €	243 €
1 Assuré avec 2 enfants	127 €	139 €	188 €	220 €	244 €
1 Famille	138 €	167 €	205 €	241 €	266 €

ACTIFS :

ACTIFS		AZUR	JADE	OCRE	OR	PLATINE
Assuré moins de 26 ans	1 Assuré	28 €	31 €	37 €	45 €	55 €
	1 Assuré + 1 enfant	50 €	57 €	71 €	86 €	100 €
	2 Assurés ou 1 Assuré avec 2 enfants	52 €	58 €	72 €	87 €	104 €
	1 Famille	79 €	88 €	107 €	129 €	152 €

Règlement Mutualiste validé par l'Assemblée générale du 14 juin 2017
Mise à jour validée par le Conseil d'Administration du 17 septembre 2018

ACTIFS		AZUR	JADE	OCRE	OR	PLATINE
Assuré de 26 à 30 ans	1 Assuré	44 €	50 €	54 €	80 €	96 €
	1 Assuré + 1 enfant	68 €	76 €	89 €	120 €	138 €
	2 Assurés ou 1 Assuré avec 2 enfants	84 €	96 €	102 €	150 €	176 €
	1 Famille	111 €	128 €	139 €	193 €	225 €

ACTIFS		AZUR	JADE	OCRE	OR	PLATINE
Assuré de plus 30 ans	1 Assuré	63 €	69 €	93 €	117 €	132 €
	1 Assuré + 1 enfant	86 €	100 €	127 €	155 €	174 €
	2 Assurés ou 1 Assuré avec 2 enfants	122 €	130 €	177 €	218 €	242 €
	1 Famille	146 €	162 €	213 €	265 €	293 €

La cotisation FAMILLE s'applique aux compositions suivantes :

- 1 assuré avec trois enfants ou plus.
- 2 assurés avec un enfant ou plus.

Article 1-b : CONTRATS GROUPE SAFRAN :

Les cotisations sont définies par la commission de suivi mise en place par les signataires du contrat collectif.

ACTIFS :

Prévoyance Safran :

Isole
Duo +
Famille

Prévoyance Safran + :

Isole
Duo +
Famille

ACCUEILS :

Convention Santé :

Retraité

Safran Santé :

Retraité

Safran Santé + :

Retraité

CHAPITRE II

OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE

Article 2 : Droit d'adhésion

En apportant la preuve de leurs appartenances à une autre mutuelle ou similaire, au moment de la demande d'adhésion à la MFTGS (fournir impérativement un certificat de radiation), les souscripteurs seront admis à la date de radiation sans droit de mutation avec prise en charge des prestations immédiate.

Lorsque le mutualiste n'aura payé qu'une partie du ticket modérateur, il ne sera remboursé que pour les sommes effectivement versées selon le contrat souscrit.

Les prestations sont remboursées exclusivement sur présentation des décomptes originaux de la Sécurité Sociale, d'hospitalisation, de ticket modérateur, etc.....

Les associations diverses, bureaux d'aide sociale, etc.... sont exclus de tous remboursements.

Règlement Mutualiste validé par l'Assemblée générale du 14 juin 2017
Mise à jour validée par le Conseil d'Administration du 17 septembre 2018

Toute réclamation concernant le règlement des prestations sera examinée au maximum deux mois après la date de leur établissement, passé ce délai, leur règlement sera considéré comme définitivement valide.

Article 3 : Contrats et cotisations

Les membres participants ou honoraires des contrats Individuels Actifs et Retraités s'engagent au paiement d'une cotisation mensuelle suivant le contrat choisi qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle.

A cette cotisation s'ajoutent les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (fédération, unions) ou techniques (organisme mutuel de prévoyance ou caisse nationale de prévoyance), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par leurs statuts ou leurs règlements.

La cotisation est individuelle ou familiale.

En signant son bulletin d'adhésion, le postulant s'engage pour lui-même et sa famille à respecter les Statuts, le Règlement mutualiste et le Règlement Intérieur de la Mutuelle, à se soumettre à toutes les obligations à sa charge en découlant.

La perception des cotisations se fera par prélèvement sur un compte bancaire ou par chèque.

Tout changement de contrat ne pourra s'effectuer qu'une fois par an à date anniversaire sauf si l'adhérent demande un changement de contrat avec des prestations supérieures à celles qu'il a en cours.

Article 4 : Droits aux prestations

Pour avoir droit aux prestations, les adhérents des contrats Individuels Actifs et Retraités devront être à jour de leurs cotisations lors de la demande de remboursement et fournir toutes pièces justificatives prévues par les Statuts, Règlements de la mutuelle.

Pour les nouveaux adhérents, l'ouverture des droits aux prestations part dès le premier jour du mois d'adhésion, après acquittement du droit d'adhésion fixé par l'Assemblée.

Article 5 :

Les membres participants des contrats Individuels Actifs et Retraités s'engagent au paiement d'une cotisation mensuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle conformément aux Statuts.

Les cotisations sont toujours exigibles et dans tous les cas aucune exonération ne pourra être demandée.

Le membre participant qui négligerait de payer régulièrement sa cotisation fera l'objet d'un rappel écrit.

Une délégation annuelle de l'Assemblée générale pourra autoriser le Conseil d'administration à fixer le cadre d'une éventuelle augmentation des cotisations ou diminution des prestations pour les contrats individuels.

Article 6 :

Tout membre participant des contrats Individuels Actifs et Retraités qui négligerait de signaler la situation réelle de ses ayants droits pour titularisation à la mutuelle et pour lesquels la mutuelle aurait, du fait de ses Statuts et Règlements, appliqué une catégorie incompatible avec la situation réelle, devra s'acquitter du rappel de cotisations dont le décompte sera établi par les services administratifs. Ce rappel ne pourra excéder un an de cotisation. De même si une modification signalée a conduit la mutuelle à percevoir des cotisations à tort, l'adhérent ne pourrait demander le remboursement de ses cotisations que pour un montant équivalent à un an de cotisations maximum.

Les membres titulaires sont priés de vérifier chaque mois les retenues de cotisations sur leur relevé bancaire et d'adresser leur réclamation immédiatement au service administratif de la Mutuelle.

Article 7 : Démission

Membre participant des contrats Individuels.

La démission est donnée par lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année en cours.

La renonciation par l'adhérent à la totalité des prestations servies par la mutuelle, entraîne la perte de sa qualité d'adhérent.

Les membres participants ou honoraires des contrats SAFRAN sont régis suivant les dispositions de l'accord groupe.

Article 8 : Radiation

Membre participant des contrats Individuels Actifs et Retraités.

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les Statuts et le Règlement mutualiste subordonnent l'adhésion dans les conditions précisées au Règlement mutualiste.

En cas de non-paiement de la cotisation due dans les **deux mois** de son échéance, la mutuelle adresse une mise en demeure et suspend les prestations dans les **trente jours** suivants si la régularisation n'est pas effectuée. A défaut de paiement dans les **dix jours** suivant cette suspension, la mutuelle peut résilier le contrat.

Article 9 : Exclusion

Membre participant des contrats Individuels Actifs et Retraités.

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la mutuelle un préjudice dûment constaté.

Le membre, dont l'exclusion est proposée pour ce motif, est informé par lettre recommandée avec accusé de réception selon l'article 12 des Statuts de la mutuelle.

Article 10 : Conséquences

Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion.

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf stipulations contraires prévues au Règlement mutualiste.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

CHAPITRE III

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

CONDITIONS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Article 11 : Droits aux prestations

Pour toutes les catégories annoncées à l'article 1-a du présent Règlement, l'adhérent, son conjoint non salarié, ses enfants et ascendants reconnus à charge par la sécurité sociale, la mutuelle rembourse sur la base des prestations fixées à l'article 16 du présent Règlement.

Lorsqu'un titulaire fait adhérer un bénéficiaire (mariage, concubinage ou PACS) les droits du bénéficiaire sont ouverts immédiatement pour tous risques dont le premier acte médical ne sera pas antérieur à la date de l'adjonction.

Tout enfant, d'un membre titulaire, naissant, devra obligatoirement être signalé au service administratif de la Mutuelle par un extrait de naissance dans le plus bref délai. Les droits de l'enfant seront ouverts immédiatement.

Pour toutes les catégories annoncées à l'article 1-b du présent Règlement les dispositions dépendent de l'accord groupe SAFRAN.

Article 12 : Validité des prestations

Tous les relevés de prestations payées par la Sécurité Sociale depuis **plus de 24 mois** ne seront pas remboursés par la Mutuelle. (Article L.221-11 du code de la mutualité). Voir Art.15 dernier§

Sauf exception mentionnée à l'article L.221-11 du code de la mutualité pour être recevable, toute réclamation portant sur des prestations devra parvenir au bureau du conseil d'administration dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Pour toutes les catégories annoncées à l'article 1-b du présent Règlement les dispositions dépendent de l'accord groupe SAFRAN.

Article 13 : Tiers payant Almérys

Les prestations pour lesquelles la MFTGS ou le prestataire de tiers payant Almérys ont délivré des bons de prise en charge seront payées directement par Almérys aux professionnelles de santé et établissements ayant signé les conventions passées avec Almérys et ayant accepté ce mode de paiement.

Article 14 : Devis

La M.F.T.G.S. décline toute responsabilité et n'effectuera aucun règlement concernant des opérations pour lesquelles une prise en charge aurait été utilisée, alors même que l'intéressé n'aurait pas d'ouverture de droits par le régime de la Sécurité Sociale.

Article 15 :

L'adhérent appartenant à une caisse de Sécurité Sociale avec laquelle la Mutuelle n'aurait pas signé de convention de télétransmission devra se faire rembourser par sa Caisse et présenter le décompte au service administratif pour paiement du ticket modérateur.

Sauf dans les cas de tiers payant intégral, permettant à la mutuelle de s'acquitter directement de la totalité des frais engagés, par le membre participant ou ses ayants droits et dans les limites prévues au présent Règlement, la mutuelle n'intervient qu'après la participation de la caisse d'assurance sociale dont relève l'adhérent.

Les frais des soins, selon l'article 16 seront remboursés par la mutuelle au vu des documents transmis par la caisse de Sécurité Sociale et/ou par le professionnel de santé dans les hypothèses de télétransmission.

A défaut de télétransmission, les remboursements sont effectués sur présentation d'un décompte Sécurité Sociale accompagné selon les options et les prestations, d'une prescription médicale et/ou d'une facture.

Les demandes de remboursement doivent parvenir à la mutuelle dans un délai de 24 mois à compter du remboursement Sécurité Sociale. Voir Art.12

Article 16 : Prestations 2019 :

a- Contrats groupe SAFRAN

Les prestations sont définies par les dispositions de l'accord groupe.

b- Contrats INDIVIDUELS ACTIFS et RETRAITES :

Les prestations accordées par la Mutuelle dans le domaine de la maladie et de la chirurgie sont définies selon le contrat choisi :

Désignation des actes	S. S - Remb	R300 /AZUR	R320/JADE	R340/OCRE	R380/OR	R400/PLATINE
Médecine courante	Dans la limite des frais réels. Tous les pourcentages de remboursements s'entendent déduction de la participation forfaitaire restant à la charge de l'adhérent.					
Consultations Généraliste OPTAM*	70%	30% BRSS	30% BRSS	30%+200% BRSS	30%+200% BRSS	30%+200% BRSS
Consultations Généraliste Non OPTAM*	70%	30% BRSS	30% BRSS	30%+100% BRSS	30%+100% BRSS	30%+100% BRSS
Consultations Spécialiste OPTAM*	70%	30% BRSS	30%+120% BRSS	30%+200% BRSS	30%+200% BRSS	30%+250% BRSS
Consultations Spécialiste Non OPTAM*	70%	30% BRSS	30% BRSS	30%+100% BRSS	30%+100% BRSS	30%+100% BRSS
Radiologie OPTAM*	70%	30% BRSS	30% BRSS	30%+200% BRSS	30%+200% BRSS	30%+250% BRSS
Radiologie Non OPTAM*	70%	30% BRSS	30% BRSS	30%+100% BRSS	30%+100% BRSS	30%+100% BRSS
Analyses Laboratoires	60%	40% BRSS	40% BRSS	40% +200% BRSS	40% +200% BRSS	40% +200% BRSS
Pharmacie SMR (Service Médical Rendu)	Dans la limite des frais réels. Tous les pourcentages de remboursements s'entendent déduction de la participation forfaitaire restant à la charge de l'adhérent.					

Médicaments à SMR faibles	15%	85% BRSS	85% BRSS	85% BRSS	85% BRSS	85% BRSS
Médicaments à SMR modéré	30%	70% BRSS	70% BRSS	70% BRSS	70% BRSS	70% BRSS
Médicaments à SMR majeur ou important	65%	35% BRSS	35% BRSS	35% BRSS	35% BRSS	35% BRSS
Auxiliaires médicaux	Dans la limite des frais réels. Tous les pourcentages de remboursements s'entendent déduction de la participation forfaitaire restant à la charge de l'adhérent.					
Soins infirmier, Kinésithérapie, massages	60%	40% BRSS	40% BRSS	40% +200% BRSS	40% +200% BRSS	40% +200% BRSS
Orthophonie	60%	40% BRSS	40% BRSS	40% BRSS	40% BRSS	40% BRSS
Orthopédie	60%	40% BRSS	40% BRSS	40% BRSS	40% BRSS	40% BRSS
Ostéopathie ou Etiopathie ou Chiropractie	0%	Forfait annuel 90€	Forfait annuel 100€	Forfait annuel 120€	Forfait annuel 140€	Forfait annuel 200€
Dentaires	Dans la limite des frais réels. Tous les pourcentages de remboursements s'entendent déduction de la participation forfaitaire restant à la charge de l'adhérent.					
Soins dentaires	70%	30% BRSS	30% BRSS	30% BRSS	30% BRSS	30% BRSS
Prothèse dentaire remboursée SS	70%	30% + 250% BRSS	30% + 270% BRSS	30% + 300% BRSS	30% + 350% BRSS	30% + 370% BRSS
Prothèse dentaire non remboursée SS	0%	Néant	Néant	Néant	Forfait 500€/an	Forfait 500€/an
Implants dentaires	0%	Néant	Néant	Néant	Forfait 250€/2 dents/an	Forfait 500€/2 dents/an
Prothèses provisoires	0%	Néant	Néant	Forfait 50€/prothèse/an	Forfait 50€/prothèse/an	Forfait 50€/prothèse/an
Orthodontie acceptée S S	100%	(+) 50% RSS	(+) 50% RSS	(+) 100% RSS	(+) 250% RSS	(+)300% RSS
Paradothologie	0%	Néant	Néant	Néant	Néant	250€/an/pers
Optique*	Dans la limite des frais réels. Tous les pourcentages de remboursements s'entendent déduction de la participation forfaitaire restant à la charge de l'adhérent.					
Equipement Verres et Monture	Forfait : Ticket modérateur + verres et Monture (dont 150€ maximum pour la monture) Fréquence 2 ans. 1 an pour les adultes en cas d'évolution de la vue et pour les enfants de -18 ans Pour les seuls bénéficiaires âgés de 18 ans et plus, le remboursement est limité à un équipement (monture + verres) tous les 2 ans, sauf modification de la correction visuelle (période de 1 an). L'appréciation des périodes se fait de date à date à compter de l'achat du dernier équipement d'optique.					
a) Equipement simple	60%	Forfait 200€	Forfait 250€	Forfait 300€	Forfait 400€	Forfait 470€
b) Equipement mixte	60%	Forfait 200€	Forfait 250€	Forfait 380€	Forfait 480€	Forfait 600€
c) Equipement complexe	60%	Forfait 280€	Forfait 300€	Forfait 420€	Forfait 500€	Forfait 650€
d) Equipement complexe et très complexe	60%	Forfait 250€	Forfait 250€	Forfait 400€	Forfait 500€	Forfait 600€
e) Equipement très complexe	60%	Forfait 250€	Forfait 350€	Forfait 450€	Forfait 550€	Forfait 650€
f) Equipement très complexe	60%	Forfait 300€	Forfait 400€	Forfait 500€	Forfait 600€	Forfait 750€
Lentilles acceptées	60%	40%+ Forfait 200€/an	40%+ Forfait 250€/an	40%+ Forfait 420€/an	40%+ Forfait 500€/an	40%+ Forfait 500€/an
Lentilles non acceptées	0%	Forfait 200€/an	Forfait 250€/an	Forfait 400€/an	Forfait 450€/an	Forfait 500€/an
Chirurgie de la myopie	0%	Néant	Néant	Forfait 450€/an/œil	Forfait 550€/an/œil	Forfait 600€/an/œil
Prothèses diverses	Dans la limite des frais réels. Tous les pourcentages de remboursements s'entendent déduction de la participation forfaitaire restant à la charge de l'adhérent.					

Acoustique sauf piles et accessoires	60%	40% +180€/an	40% +200€/an	40% +360€/an	40% +560€/an	40% +1000€/an
Ceinture Orthopédique	60%	Forfait annuel 80€	Forfait annuel 80€	Forfait annuel 80€	Forfait annuel 80€	Forfait annuel 100€
Bas de contention	60%	40% BRSS	40% BRSS	40%+100% BRSS	40%+200% BRSS	40%+200% BRSS
Semelles orthopédiques	60%	40% + 80€/an	40% + 80€/an	40% + 150€/an	40% + 200€/an	40% + 300€/an
Mammaires externes	100%	Forfait annuel 80€	Forfait annuel 80€	Forfait annuel 150€	Forfait annuel 200€	Forfait annuel 300€
Prothèse capillaire	100%	Forfait annuel 80€	Forfait annuel 80€	Forfait annuel 150€	Forfait annuel 200€	Forfait annuel 300€
Hospitalisation médicale et chirurgicale	Dans la limite des frais réels. Tous les pourcentages de remboursements s'entendent déduction de la participation forfaitaire restant à la charge de l'adhérent.					
Honoraires Médicaux Chirurgicaux en OPTAM-CO*	80%	20% BRSS	20% BRSS	20% + 200% BRSS	20% + 380% BRSS	20% + 450% BRSS
Honoraires Médicaux Chirurgicaux en Non OPTAM-CO*	80%	20% BRSS	20% BRSS	20% + 100% BRSS	20% + 100% BRSS	20% + 100% BRSS
Frais de séjour	80%	20% BRSS	20% BRSS	20% + 200% BRSS	20% + 380% BRSS	20% + 450% BRSS
Forfait journalier*	0%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait pour actes médicaux lourds égal ou sup à 120 €	0%	100%	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière	0%	50€ jour limité 30j/an	60€ jour limité 30j/an	90€ jour limité 30j/an	134€ jour limité 30j/an	90€ /jour limité 60j/an
Lit accompagnant (Enfant moins 16 ans)	0%	50€ jour limité 30j/an	60€ jour limité 30j/an	90€ jour limité 30j/an	134€ jour limité 30j/an	134€ jour limité 30j/an
Frais de transport remboursés SS	65%	35% BRSS	35% BRSS	35% BRSS	35% BRSS	35% BRSS
Forfait cures thermales	65% ou 100%	Forfait 300€ /an	Forfait 350€ /an	Forfait 400€/an	Forfait 500€/an	Forfait 600€/an

BRSS= base de remboursement de la sécurité sociale

RSS= remboursement de la sécurité sociale

***OPTAM**= Option Tarifaire Maîtrisée.

***OPTAM-CO**= Option Tarifaire Maîtrisée chirurgie et obstétrique.

* Pour les consultations médecins, spécialistes et radiologie non-signataire OPTAM, le remboursement de la partie de dépassement d'honoraires est inférieur de 20% à celui du médecin signataire OPTAM.

***Forfait journalier** : Sont exclus les unités et centres de soins de longue durée, et les établissements accueillant des personnes âgées.

Optique : Equipement verres et Monture

a) Equipement simple : Verres simples (-6.00 +6.00 ou dont cylindre inférieur ou égal à +4.00) **ET** monture.

b) Equipement mixte : Verre simple défini en a) **et verre complexe** défini en c) **ET** monture.

c) Equipement complexe : Verres complexes (-6.00 +6.00 ou cylindre supérieur ou dont cylindre est supérieur à 4.00) **et verres multifocaux ou progressifs** **ET** monture.

d) Equipement complexe et très complexe : un **Verre simple** défini en a) **et un Verre complexe** défini en f) **ET** monture.

e) Equipement très complexe : un **verre** défini en c) **et un verre** défini en f) **ET** monture.

f) Equipement très complexe : Verres complexes multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques (de - 8,00 à + 8,00)

Règlement Mutualiste validé par l'Assemblée générale du 14 juin 2017
 Mise à jour validée par le Conseil d'Administration du 17 septembre 2018

ou **verres multifocaux ou progressifs** (de -4,00 à + 4,00) **ET** monture.

Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considérés individuellement. (Plancher, plafond, délai d renouvellement)

Dans le cas où l'adhérent ne puisse pas ou ne veuille pas porter des verres progressifs ou multifocaux, les garanties des contrats peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun des déficits

Article 17 : Réserve

Article 18 :

En maison de repos ou en cure, la chambre particulière pour les adhérents des contrats Individuels Actifs et Retraités n'est pas prise en charge par la Mutuelle.

Article 19 :

Les prestations établies et non réclamé par l'adhérent, au-delà des **24 mois**, seront affectées à l'œuvre sociale mutualiste.

Article 20 :

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Article 21 : Secours et Action sociale

Des Secours exceptionnels peuvent être accordés aux membres participants et honoraires des contrats Individuels Retraités et Extérieurs par la Commission d'entraide de la MFTGS.

L'accord groupe Safran définit les dispositions relatives à l'attribution d'aide et de secours pour les membres participants et honoraires des contrats Safran.

Chaque dossier remis à la Commission d'entraide devra comporter les documents suivants :

- Imprimés MFTGS et / ou SAFRAN
- L'attestation fiscale de l'imposition ou non imposition,
- La prise en charge ou non de la Sécurité Sociale,
- La facture acquittée,
- Tous documents nécessaires au dossier.

Article 22 :

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue 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.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droits leur demeure acquise, sous la même réserve.

Article 23 : Informations aux adhérents

Chaque adhérent peut consulter sur le site internet de la MFTGS, les Statuts, le Règlement mutualiste et le Règlement intérieur.

Les modifications statutaires sont portées à sa connaissance sur le site internet de la mutuelle.

Chaque adhérent est informé de l'existence des Services et Etablissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès en vertu des conventions passées en application du LIVRE III du code de la mutualité et des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

Article 24 : Informatique et libertés

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle conformément à son objet. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Le membre participant peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il peut exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle à l'adresse de son siège social.

Article 25 : Autorité de Contrôle

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité. L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), résultant de la fusion suivant ordonnance n°2010-76 du 21 janvier 2010 de 3 autorités de contrôle, dont l'ACAM sise 61 rue Taitbout à Paris 9^{ème}, conservant ses prérogatives jusqu'à la première réunion du collège de l'ACPR.

Article 26 : Réclamations

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletins d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

MFTGS
Service réclamation
BP151 91005 EVRY CEDEX

A compter de la date de réception de sa demande, le service réclamations lui envoie, sous 2 semaines, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande avec, le cas échéant une demande de pièces complémentaires. En ce cas, la réponse définitive sera rendue sous 2 semaines suivant réception des pièces complémentaires.

Article 27 : Médiation

Si le désaccord persiste, à l'issue de la procédure de réclamation, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

MFTGS Médiation
Groupe Entis Mutuelles
39, rue de Jourdil –Cran Gevrier
74991 Annecy Cedex 9

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de deux semaines suivant réception du dossier. Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur envoie sous quinze jours une demande à la partie concernée et en informe la deuxième partie. En ce cas il rendra sa réponse définitive par courrier aux deux parties sous un nouveau délai de quinze jours suivant la demande de complément d'informations.