

Bienvenue à la Mutuelle du Personnel du Groupe RATP !

Mutuelle n° 775.671.969 créée en 1895.
Agréée par arrêté ministériel du 17/07/03 pour pratiquer,
en qualité de Mutuelle du livre II du Code de la Mutualité,
les opérations relevant des branches 1, 2 et 20 mentionnées à l'article R 211-2

CONTRAT VALANT NOTICE D'INFORMATION 2007

Protection Sociale Complémentaire d'Entreprise RATP (PSCE)

Édition juillet 2007

GROUPE MUTUALISTE RATP
62, quai de la Rapée - 75012 PARIS



SOMMAIRE

TITRE I : CONDITIONS GÉNÉRALES	p. 4
TITRE II : ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE	p. 5
CHAPITRE I - Garantie collective de base	p. 5
Section 1 - Garantie santé de base	p. 5
Section 2 - Allocation participation aux frais d'obsèques.....	p. 6
Section 3 - Rentes.....	p. 6
Section 4 - Garantie temporaire décès	p. 6
Section 5 - Garantie protection juridique.....	p. 7
CHAPITRE II - Garanties collectives facultatives	p. 7
Section 1 - Option "plus" et Option "optima"	p. 7
Section 2 - Option "indemnités journalières"	p. 7
TITRE III : COTISATIONS	p. 8
ANNEXE 1 : Tableau des prestations	p. 10
ANNEXE 2 : Contrat d'assurance collectif de protection juridique (notice d'information).....	p. 13
Plafonds de garantie et barème de remboursement des honoraires et frais de la personne qualifiée ou de l'avocat chargé(e) de la défense de vos intérêts	p. 16

PRÉAMBULE

En application de l'article L 221-2-III-2 du Code de la Mutualité, la RATP, dénommée "le souscripteur", a souscrit auprès de la Mutuelle du Personnel du Groupe RATP (MPGR), dénommée "la Mutuelle", un contrat d'adhésion collective garantissant des engagements d'assurance à l'égard de ses agents, conformément à l'accord collectif du 30/06/2003 instituant une Protection Sociale Complémentaire d'Entreprise (PSCE) obligatoire au profit de l'ensemble des agents du cadre permanent.

Ce régime est également ouvert de façon facultative à la famille des agents selon des modalités définies dans le présent contrat valant notice d'information.

Conformément aux dispositions de l'article L 221-6 du Code de la Mutualité, ce contrat valant notice d'information définit les garanties souscrites par la RATP et indique les démarches administratives que les assurés doivent accomplir en vue d'en obtenir le bénéfice.

La Mutuelle remet un exemplaire de ses Statuts à chaque membre participant.

TITRE PREMIER

CONDITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de faire bénéficier les salariés du souscripteur et, le cas échéant, leurs ayants droit, tels que définis à l'article 8 ci-après, de la "garantie de base" de la Mutuelle, ainsi que des garanties optionnelles mises à leur disposition.

ARTICLE 2 – PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties couvertes par le contrat collectif conclu entre le souscripteur et la Mutuelle prennent effet à compter du 01.01.2004.

ARTICLE 3 – STRUCTURE DU RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Le régime d'assurance collective mis en place par le présent contrat est :

- à adhésion obligatoire pour les agents du cadre permanent du souscripteur, dénommés membres participants de la Mutuelle,
- à adhésion facultative pour les ayants droit des membres participants, tels que définis à l'article 8 ci-après.

ARTICLE 4 – ADHÉSION COLLECTIVE

En application des dispositions de l'article L 221-2.III.2 du Code de la Mutualité, le souscripteur assure l'adhésion de ses agents à la Mutuelle en vue de garantir, lors de la réalisation des risques visés au présent contrat d'assurance collective, le versement des prestations convenues.

L'adhésion à la Mutuelle emporte acceptation de ses Statuts et du présent contrat par les membres participants et leurs ayants droit.

ARTICLE 5 – OUVERTURE DES GARANTIES

L'ouverture des droits résulte de la qualité de salarié d'une entreprise ayant souscrit un contrat d'adhésion collective auprès de la Mutuelle. Par conséquent, dès lors qu'il appartient au cadre permanent de la RATP, tout agent bénéficie immédiatement des garanties en tant que membre participant de la Mutuelle.

Outre les garanties visées au présent contrat d'adhésion collective, les agents visés ci-dessus, ainsi que leurs ayants droit inscrits à la Mutuelle, ont accès aux œuvres sociales et aux services de la Mutuelle des Réalisations Sanitaires et Sociales du personnel du groupe RATP (M2SR, dont les agents sont membres de plein droit) et notamment :

- le centre médical et dentaire,
- le centre d'optique et d'audioprothèse,
- les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes,
- le fonds social de solidarité, lequel verse une allocation en cas de mariage ainsi que, au cas par cas, des aides exceptionnelles.

Ils bénéficient, par ailleurs, des avantages offerts par l'adhésion de la Mutuelle à la Fédération de la Mutualité Parisienne (FMP) et à la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF).

ARTICLE 6 – SUSPENSION DES GARANTIES

Le droit aux garanties est suspendu :

- lorsque l'agent est momentanément placé "hors des cadres" du souscripteur,
- en cas de conflit armé.

Les garanties sont suspendues lorsque, en application des dispositions du Titre III du Statut du Personnel de la RATP, les agents sont placés momentanément "hors des cadres de la Régie" et "perdent, de ce fait, durant la période considérée, les droits à toute rémunération, à l'avancement et à la retraite". Toutefois, les agents concernés qui souhaitent continuer à bénéficier des prestations de la Mutuelle ont la faculté de régler directement auprès de cette dernière la totalité de la cotisation correspondante. La suspension des garanties prend fin à l'issue de la mise en disponibilité de l'agent, sous réserve que la Mutuelle soit informée de sa reprise d'activité par le souscripteur.

En cas de conflit armé, la Mutuelle se réserve le droit de suspendre son activité pendant la durée des hostilités ou de prendre toutes mesures qu'elle jugera utiles en vue de remplir le plus équitablement possible les obligations contractées par elle envers les assurés.

ARTICLE 7 – CESSATION DES GARANTIES

Le droit aux garanties cesse :

- lorsque l'agent quitte les effectifs du souscripteur,
- lors de la résiliation du contrat d'adhésion collective conclu entre le souscripteur et la Mutuelle.

En cas de départ de la RATP, conformément aux dispositions de la Loi EVIN du 31.12.1989, les membres participants bénéficient du maintien par la Mutuelle, sans délai de carence et sans questionnaire médical, d'une couverture de protection sociale complémentaire équivalente à celle instituée dans le cadre du présent contrat d'adhésion collective.

En cas de décès du membre participant, en application de l'article 8-2 des Statuts de la Mutuelle, ses ayants droit bénéficient, à titre individuel, dans

le respect de l'article L 221-17 du Code de la Mutualité, d'une garantie équivalente à celle qui leur est offerte dans le cadre du contrat d'adhésion collective, sans délai de carence et sans questionnaire médical et se voient appliquer la cotisation qui correspond à la tranche d'âge à laquelle ils ont été inscrits à la Mutuelle (les tranches d'âges sont celles qui sont définies à l'article 10 du présent contrat).

En cas de résiliation du contrat d'adhésion collective, les garanties prennent fin à la date d'effet de la résiliation dudit contrat. Cependant, les soins ou actes médicaux et chirurgicaux dont la date est antérieure à la date d'effet de la résiliation continuent d'être pris en charge aux conditions du contrat. Par ailleurs, les assurés se verront proposer par la Mutuelle, sans délai de carence et sans questionnaire médical, une couverture sociale complémentaire équivalente.

ARTICLE 8 – PERSONNES ASSURÉES AUX GARANTIES

Les assurés aux garanties souscrites par la RATP auprès de la Mutuelle sont :

- les membres participants,
- et, le cas échéant, leurs ayants droit,

Tels que définis ci-après.

Les membres participants sont les agents du cadre permanent de la RATP, stagiaires et commissionnés, au sens de l'article 8 du Statut du Personnel de la RATP.

Les ayants droit des membres participants sont les membres de leur famille, bénéficiaires à titre facultatif des garanties offertes par le contrat d'adhésion collective, et qui sont, limitativement :

- le conjoint, le partenaire lié par un PACS ou le concubin,
- les enfants de moins de 20 ans à la charge des membres participants au sens des prestations familiales (articles L 512-3, L 513-1 & R 513-3 du Code de la Sécurité Sociale) et au-delà de 20 ans s'ils sont étudiants (cf. définition ci-dessous),
- les petits-enfants de moins de 20 ans.

Pour l'application du présent contrat, on entend par enfant à charge au-delà de 20 ans (articles L 381-3 et suivants du Code de la sécurité sociale) :

- tout enfant âgé de moins de 28 ans qui poursuit ses études et peut en justifier par un certificat de scolarité avec, s'il est âgé de plus de 20 ans, mention de son appartenance à un régime de sécurité sociale des étudiants,
- tout enfant âgé de moins de 28 ans qui est en apprentissage ou en contrat de formation en alternance et perçoit une rémunération inférieure à 55% du SMIC en vigueur; dans ce cas, il doit fournir une copie du contrat d'apprentissage ou de formation en alternance et une copie de ses bulletins de salaire,
- tout enfant, sans limite d'âge, atteint d'une infirmité telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunératrice selon la réglementation de la sécurité sociale (article L 821-2 du Code de la sécurité sociale); dans ce cas, il doit fournir un document de la COTOREP indiquant qu'il est dans l'impossibilité de se procurer un emploi,
- tout enfant âgé de moins de 28 ans qui, ayant terminé ses études, est inscrit à l'ASSEDIC à la recherche d'un premier emploi; dans ce cas, il doit fournir une copie de l'attestation d'inscription initiale de l'ASSEDIC accompagnée du dernier certificat de scolarité.

ARTICLE 9 – DATE D'ADMISSION DES MEMBRES PARTICIPANTS

Sont immédiatement admis dans l'assurance les agents du cadre permanent de la RATP à la date de prise d'effet du présent contrat d'adhésion collective.

Pour les agents engagés postérieurement, cette admission prend automatiquement effet à la date de leur embauche. Ils peuvent, à tout moment, s'inscrire, ainsi que leurs ayants droit, tels que définis à l'article 8, aux parties optionnelles de la PSCE.

ARTICLE 10 – MODALITÉS D'ADMISSION DES AYANTS DROIT DES MEMBRES PARTICIPANTS

Tout ayant droit qui adhère au présent contrat est :

1. inscrit dans une tranche de cotisation qui correspond à son âge lors de l'adhésion :
 - tranche A : jusqu'à 35 ans,
 - tranche B : de plus de 35 ans à 45 ans,
 - tranche C : de plus de 45 ans à 55 ans,
 - tranche D : de plus de 55 ans à 65 ans.
2. soumis à un délai de stage de 3 mois pour la garantie collective de base, à l'exception des prestations et indemnités liées à la grossesse et à l'accouchement pour lesquelles le délai de carence est de 10 mois.

Toutefois, s'il est inscrit à la Mutuelle dans les 6 mois de l'arrivée du membre participant ou de l'événement juridique qui modifie la situation personnelle de ce dernier (mariage, sous réserve de la production d'une copie du livret de famille certifiée conforme par les époux/ ou PACS, sous réserve de

la production d'une copie de l'attestation d'enregistrement délivrée par le greffe/ et naissance ou adoption, sous réserve de la production d'une copie du livret de famille) l'ayant droit est :

- inscrit dans la tranche A quel que soit son âge,
- dispensé du délai de stage pour la garantie collective de base

Par ailleurs, sont dispensés, dans tous les cas, de délai de stage pour la garantie collective de base, les ayants droit qui présentent un certificat attestant que la radiation de leur ancien organisme mutualiste date de moins de 3 mois et qu'ils bénéficiaient de garanties équivalentes à celles souscrites à la Mutuelle.

De plus, il est accordé aux enfants de moins de 3 mois une exonération de cotisation jusqu'à l'âge de 3 mois.

Pendant la période d'activité du membre participant, la cotisation payée par l'ayant droit correspond à celle de la tranche A. Ce n'est que lors du départ à la retraite du membre participant que l'ayant droit se verra appliquer la cotisation correspondant à sa propre tranche d'âge à l'adhésion.

ARTICLE 11 – FORMALITÉS D'ADHÉSION DES AYANTS DROIT DES MEMBRES PARTICIPANTS

Tout membre participant désireux de faire bénéficier un ou plusieurs membres de sa famille des garanties issues du contrat d'adhésion collective doit remplir un bulletin d'adhésion mentionnant tous les renseignements le concernant et concernant le ou les membres de sa famille déjà inscrits, ainsi que les renseignements concernant le membre de la famille pour lequel est demandée l'adhésion. Les mêmes formalités sont à accomplir à chaque nouvelle demande d'adhésion.

ARTICLE 12 - MODIFICATION DANS LA SITUATION ADMINISTRATIVE OU FAMILIALE DES MEMBRES PARTICIPANTS

Tout membre participant qui connaît une modification de sa situation administrative ou familiale doit en informer la Mutuelle dans le mois où elle se produit. La demande de modification parvenue à la connaissance de la Mutuelle avant le 25 du mois en cours est prise en considération le 1^{er} du mois suivant. La Mutuelle ne pourra être tenue responsable des conséquences d'une déclaration tardive faite par l'intéressé. Les cotisations versées indûment ne seront en aucun cas remboursées au membre participant n'ayant pas informé la Mutuelle des modifications suscitées.

ARTICLE 13 – FAUSSE DÉCLARATION, OMISSION, DÉCLARATION INEXACTE ET FRAUDE

- Garantie collective de base

En application des dispositions de l'article L 221-14 du Code de la Mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullités, la garantie accordée à l'assuré par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion de la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

- Garanties collectives facultatives

En application des dispositions de l'article L 221-15 du Code de la Mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité des garanties prévues au contrat collectif.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'assuré. A défaut d'accord de celui-ci, son adhésion prend fin 10 jours après notification par lettre recommandée.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par l'assuré par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 14 – DÉMISSION DES GARANTIES COLLECTIVES FACULTATIVES

En application des dispositions de l'article L 221-10 du Code de la mutualité, l'assuré aux garanties collectives facultatives du présent contrat peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au moins 2 mois avant la date anniversaire de l'adhésion.

Sous réserve des dispositions de l'article L 221-7 du Code de la Mutualité, elle ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées.

Aucune prestation, dont le fait générateur est postérieur à la date de la démission ne peut être servie.

TITRE II

GARANTIES COLLECTIVES

CHAPITRE I - Garantie collective de base

La garantie de base inclut la garantie santé de base, l'allocation participation aux frais d'obsèques, la rente orphelin et la rente handicap, la garantie temporaire décès, la garantie protection juridique.

Section 1 – Garantie santé de base

ARTICLE 15 - OBJET DE LA GARANTIE SANTÉ

La Mutuelle garantit le versement de prestations relatives au remboursement des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, dans les conditions exposées ci-après.

ARTICLE 16 – DÉFINITION DES PRESTATIONS SANTÉ ET DU FAIT GÉNÉRATEUR DU DROIT AUX PRESTATIONS

Par prestations, il faut entendre, d'une part, le remboursement des frais de soins médicaux ou chirurgicaux en complément du régime obligatoire et, d'autre part, les forfaits indiqués dans le tableau annexé à la présente notice d'information.

Le fait générateur du droit à prestation santé est la date d'exécution effective du soin. En cas de soins générant des prestations successives, le fait générateur correspond à chaque date de soin.

ARTICLE 17 - PRINCIPE INDEMNITAIRE ET MONTANT MAXIMUM D'INDEMNISATION

En application des dispositions de l'article L 224-8 du Code de la Mutualité, le remboursement de la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'assuré. L'assuré recevant des prestations au titre du régime obligatoire ne peut prétendre aux prestations servies par la Mutuelle que sous déduction des sommes déjà perçues et jusqu'à concurrence des maxima prévus. Lorsque le droit à prestations ouvert par la Mutuelle est, par ailleurs, ouvert auprès d'un autre opérateur, les dispositions légales et réglementaires relatives aux assurances cumulatives sont appliquées.

ARTICLE 18 - PRESCRIPTION

Le délai de prescription au-delà duquel les assurés ne sont plus fondés à faire valoir leurs droits aux prestations santé auprès de la Mutuelle est fixé à une durée de 2 ans à compter de la date de l'acte constituant le fait générateur de la prestation, dans les conditions de l'article L 221-11 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 19 - JUSTIFICATION DES DÉPENSES DE SANTÉ NON PRISES EN CHARGE PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

Pour les demandes de prestations santé uniquement prises en charge par la Mutuelle (aucune participation du régime obligatoire), les assurés doivent fournir à l'appui de leur demande :

- les ordonnances nominatives, datées, portant les prescriptions du médecin traitant,
- les factures détaillées des établissements, des fournisseurs ou des auxiliaires médicaux ayant donné des soins, pièces conformes aux ordonnances et acquittées.

ARTICLE 20 – JUSTIFICATION DES DÉPENSES POUR LES ASSURÉS PRIS EN CHARGE A 100%

Les assurés exonérés du paiement du ticket modérateur doivent fournir, avec le décompte de remboursement du régime obligatoire, la justification des frais réellement engagés.

ARTICLE 21 – MODALITÉS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS SANTÉ

Les ayants droit ressortissants d'un autre régime d'assurance maladie souhaitant être remboursés par virement doivent adresser à la Mutuelle leur décompte et toute pièce justificative (sans omettre d'indiquer le numéro d'adhérent du membre participant duquel ils tiennent leurs droits) et joindre un relevé d'identité bancaire ou postal.

ARTICLE 22 - FRAIS DE GROSSESSE ET D'ACCOUCHEMENT

Les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation résultant de la grossesse et de l'accouchement sont assimilés à ceux d'une maladie et donnent lieu, comme tels, au règlement des prestations prévues au tableau annexé au présent contrat.

Une indemnité forfaitaire destinée à palier les frais engendrés par l'accouchement est, par ailleurs, accordée sur production d'un extrait d'acte de naissance.

Section 2 – Allocation participation aux frais d'obsèques

ARTICLE 23 – OBJET ET MODALITÉS DE VERSEMENT DE L'ALLOCATION PARTICIPATION AUX FRAIS D'OBSÈQUES

Sur présentation des justificatifs énumérés ci-après, la Mutuelle verse une allocation à la personne qui acquitte les frais d'obsèques d'un assuré.

Si les obsèques ne sont organisées ni par la famille, ni par une personne étrangère, le Conseil d'Administration de la Mutuelle peut décider que la Mutuelle s'en chargera, dans la limite du plafond fixé pour l'allocation (cf. tableau en annexe).

La personne qui a acquitté les frais d'obsèques d'un assuré doit présenter à la Mutuelle :

- le bulletin de décès de l'assuré,
- la facture acquittée de ses frais d'obsèques accompagnée d'un reçu de paiement.

ARTICLE 24 – FAIT GÉNÉRATEUR ET PRESCRIPTION DE L'ALLOCATION PARTICIPATION AUX FRAIS D'OBSÈQUES

Le fait générateur de l'allocation est le paiement des frais d'obsèques de l'assuré.

En application des dispositions de l'article L 221-11 du Code de la Mutualité, le droit au versement de cette allocation se prescrit par un délai de 10 ans à compter du fait générateur.

Section 3 – Rentes

ARTICLE 25 – RENTE ORPHELIN

En cas de décès d'un assuré, chacun de ses enfants reconnus au sens de l'état civil se voit accorder par la Mutuelle une rente annuelle, jusqu'à son 18^e anniversaire. Le montant de la rente est précisé dans le tableau annexé au présent contrat.

La rente est versée au tuteur de l'orphelin qui doit adresser à la Mutuelle :

- un bulletin de décès du parent défunt,
- une photocopie du livret de famille et une éventuelle délibération du Conseil de famille réglant la situation de l'enfant.

ARTICLE 26 – FAIT GÉNÉRATEUR ET PRESCRIPTION DE LA RENTE ORPHELIN

Le fait générateur de la rente orphelin est la date de décès du parent assuré.

En application des dispositions de l'article L 221-11 du Code de la Mutualité, le droit à la rente orphelin se prescrit par un délai de 10 ans à compter du fait générateur.

ARTICLE 27 – RENTE HANDICAP

Peut bénéficier de la rente annuelle handicap, l'assuré qui justifie, au moment de sa demande à la Mutuelle, d'un taux d'invalidité au moins égal à 50%.

Les handicaps résultant d'accident du travail, de la circulation ou de guerre n'ouvrent pas droit à la rente. Le droit à la rente est ouvert à tout assuré qui justifie d'un handicap, selon la définition donnée à l'alinéa précédent, pendant la période où il est assuré.

Le montant annuel de cette rente est précisé dans le tableau annexé au présent contrat.

La rente pour laquelle des droits ont été ouverts cessera d'être versée en cas de

décès de l'assuré ou si le taux de la carte d'invalidité devient inférieur à 50%.

L'invalidité doit être notifiée à la Mutuelle par écrit et accompagnée de :

- La photocopie de la lettre de notification de décision de la COTOREP avec la mention "invalidité" ou "incapacité" et le taux correspondant ; cette photocopie doit être fournie chaque année à la Mutuelle.
- La photocopie recto verso de la carte d'invalidité de l'assuré; cette dernière devra être fournie chaque année à la Mutuelle.

La Mutuelle se réserve le droit de demander, le cas échéant, toute autre pièce justificative.

ARTICLE 28 – FAIT GÉNÉRATEUR ET PRESCRIPTION DE LA RENTE HANDICAP

Le droit à la rente est ouvert à tout assuré qui justifie d'un handicap, selon la définition donnée à l'article précédent, pendant la période où il est assuré.

Le fait générateur de la rente handicap est la date de consolidation indiquée sur la carte COTOREP ou, si le handicapé n'était pas encore assuré à cette date, celle où il le sera devenu.

Le paiement de la rente ne peut jamais intervenir pour une période antérieure au fait générateur.

En cas de déclaration faite à la Mutuelle plus de deux ans après le fait générateur, la rétroactivité maximum à laquelle peut alors prétendre l'assuré est de deux ans à compter de la date de la notification de son état à la Mutuelle.

Si la déclaration intervient soit plus de deux ans après le rétablissement du handicapé (taux de la carte COTOREP inférieur à 50 %), soit plus de deux ans après qu'il ait perdu le statut d'assuré, il perd droit à toutes prestations à ce titre.

Section 4 – Garantie temporaire décès

ARTICLE 29 – DISPENSE DE STAGE

Les enfants inscrits à la Mutuelle avant l'âge de 12 ans, sont dispensés du délai de stage de 3 mois, tel que défini à l'article 10 du présent contrat.

ARTICLE 30 – BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE TEMPORAIRE DÉCÈS

En cas de décès d'un assuré, le capital garanti est dû dès que les formalités édictées au présent contrat ont été remplies.

L'assuré peut :

- soit réserver une fraction de son capital décès pour les frais occasionnés par ses obsèques, le reliquat étant versé au(x) bénéficiaire(s) qu'il désigne (formule n°2),
- soit attribuer la totalité du capital décès à un ou plusieurs bénéficiaires qu'il désigne (formule n°1); cette dernière disposition s'appliquant en l'absence de choix formulé par l'assuré.

Le capital ou le reliquat de capital est attribué soit à la ou les personnes désignées sur le bulletin, encore vivantes, remis par le membre participant à la Mutuelle soit, à défaut de désignation de bénéficiaire(s) ou en cas de pré-décès de tous les bénéficiaires désignés, le capital ou la fraction de capital, au conjoint survivant (non séparé, non divorcé) de l'assuré, à défaut et par parts égales à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut à ses ascendants, à défaut à ses héritiers.

En l'absence de désignation d'un bénéficiaire ou d'acceptation par celui-ci, l'assuré a le droit, à tout moment, de désigner un bénéficiaire ou de substituer un bénéficiaire à un autre par simple modification de son bulletin de situation (membre participant) ou d'adhésion (ayant droit).

La situation prise en compte sera celle existante au jour du décès de l'assuré.

ARTICLE 31 – MONTANT MAXIMUM DU CAPITAL ASSURÉ

Le montant du capital décès pour un même assuré ne peut dépasser le maximum prévu par l'arrêté du 27 juillet 1988.

ARTICLE 32 – FAIT GÉNÉRATEUR DE LA GARANTIE TEMPORAIRE DÉCÈS

La date de décès de l'assuré constitue le fait générateur de la garantie temporaire décès.

ARTICLE 33 – MONTANT DU CAPITAL DÉCÈS

Le capital est fixé à 2.286,75 euros.

Dans le cadre de la formule n°2, la fraction du capital décès réservée pour les frais d'obsèques est fixée à 914,69 euros, le reliquat étant attribué aux bénéficiaires désignés.

ARTICLE 34 – MODALITÉS DE PAIEMENT DU CAPITAL DÉCÈS

Le paiement du capital est effectué soit par chèque, soit par ordre de virement au compte du bénéficiaire.

ARTICLE 35 – FORMALITÉS EN CAS DE DÉCÈS

Les pièces à fournir par le ou les bénéficiaires sont :

- l'acte de décès de l'assuré,
- toute pièce justifiant de sa qualité d'assuré au moment du décès,
- un certificat médical précisant la cause du décès,
- les pièces justifiant des droits et de la qualité des bénéficiaires : identité, qualité et adresse des ayants droits (extrait d'acte de naissance, certificat d'hérédité, certificat de notoriété...).

ARTICLE 36 – EXCLUSIONS

Est exclu du bénéfice du capital décès le bénéficiaire condamné pour meurtre sur la personne de l'assuré.

Le bénéfice du capital n'est pas ouvert lorsque le décès est la conséquence :

- du suicide de l'assuré dans la première année d'affiliation, sauf disposition légale plus favorable,
- des faits de guerre, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,

- d'émeutes, d'insurrections et leurs conséquences, dès lors que l'assuré y prend une part active.

ARTICLE 37 – PRESCRIPTION

Les droits à capitaux dérivant du bénéfice du contrat collectif souscrit par la RATP auprès de la Mutuelle se prescrivent par un délai de 10 ans, à compter du fait générateur, conformément à l'article L 221-11 du Code de la Mutualité.

Section 5 – Garantie protection juridique

ARTICLE 38 – GARANTIE PROTECTION JURIDIQUE

La Mutuelle a souscrit, en application des dispositions de l'article L 221-3 du Code de la Mutualité, une garantie Protection Juridique au bénéfice des

assurés auprès de la société MPJ (Matmut Protection Juridique). Une notice spécifique annexée au présent contrat détaille les prestations offertes par la MPJ.

CHAPITRE II - Garanties collectives facultatives

Section 1 – Option “plus” et Option “optima”

ARTICLE 39 - OBJET DE L'OPTION “PLUS” ET DE L'OPTION “OPTIMA”

En contrepartie d'une cotisation spécifique, les assurés peuvent souscrire en complément de la garantie de base :

- soit l'option “plus” pour obtenir un remboursement majoré de certaines prestations santé,
- soit l'option “optima” pour bénéficier d'un niveau de remboursement encore plus performant.

Le détail de ces remboursements est indiqué dans le tableau annexé au présent contrat.

ARTICLE 40 - CONDITIONS D'ADHÉSION ET PRESTATIONS DE L'OPTION “PLUS” ET DE L'OPTION “OPTIMA”

L'adhésion à l'option “plus” et de l'option “optima” est :

- facultative,
- individuelle
- et annuelle, sauf quand l'adhérent passe de l'option “plus” à l'option “optima”.

Elle ouvre des droits à prestations après 3 mois de stage, sauf quand l'adhérent passe de l'option “optima” à l'option “plus”.

Pendant ces 3 mois de stage, l'adhérent continue à bénéficier des prestations correspondant à la garantie à laquelle il avait précédemment souscrit.

Section 2 – Option “indemnités journalières”

ARTICLE 41 - OBJET DE L'OPTION « INDEMNITÉS JOURNALIÈRES »

En complément de la garantie de base et en contrepartie d'une cotisation spécifique, qui est fonction de la tranche d'âge dont ils relèvent au jour de leur adhésion, les assurés peuvent souscrire l'option “garantie indemnités journalières” pour obtenir le versement d'une indemnité forfaitaire lorsqu'ils ne bénéficient pas du paiement intégral de leur salaire en cas de maladie ou d'accident du travail.

ARTICLE 42 - CONDITIONS D'ADHÉSION ET PRESTATIONS DE L'OPTION “IJ”

L'adhésion à l'option “IJ” est facultative, individuelle et annuelle. Elle ouvre les droits à prestations après 3 mois de stage.

ARTICLE 43 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Les prestations de la garantie “IJ” ne peuvent être versées qu'aux assurés qui ne jouissent pas, auprès d'autres organismes ou de leur employeur, du complément intégral de leur salaire en cas de maladie ou d'accident du travail.

ARTICLE 44 - MONTANT ET CALCUL DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Le montant de l'indemnité journalière versée en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident du travail est fixé à un maximum de 4,73 euros pendant une durée de 265 jours par an, sous réserve de l'application de délais de carence progressifs décrits à l'article suivant. L'année coïncide avec la période effective de 12 mois qui suit la date d'effet de l'adhésion.

Dans le cas où l'assuré subit une perte de salaire inférieure à 4,73 euros par jour, le montant de l'indemnité est ramené à la perte subie et le plafond de 265 jours ne lui est pas appliqué : il sera donc indemnisé à concurrence du montant maximum annuel prévu par le règlement, soit 1.253,45 euros.

Le montant de l'indemnité versée ne peut en aucun cas dépasser la perte de salaire subie par l'assuré.

ARTICLE 45 – DÉLAI DE CARENCE PROGRESSIF

Pendant chaque période effective de 12 mois, les indemnités journalières sont dues après l'application d'un délai de carence progressif dans les conditions déterminées ci-dessous :

- 1^{er} arrêt : délai de carence de 2 jours,
- 2^e arrêt : délai de carence de 3 jours,

- 3^e arrêt : délai de carence de 4 jours,
- 4^e arrêt : délai de carence de 5 jours,
- 5^e arrêt : délai de carence de 6 jours,
- 6^e arrêt : délai de carence de 7 jours,
- 7^e arrêt et les suivants : délai de carence de 8 jours.

Lorsque l'arrêt de travail a une durée inférieure ou égale au délai de carence applicable, cet arrêt n'est pas comptabilisé pour l'application du délai de carence progressif.

ARTICLE 46 – MODALITÉS DE PAIEMENT DES INDEMNITÉS

- Pour les membres participants :
 - en cas de maladie, les indemnités journalières sont réglées directement sur le compte postal ou bancaire, entre le 25 et le 30 de chaque mois suivant leur arrêt de travail et ce, sans intervention de leur part,
 - en cas d'accident du travail, les indemnités journalières sont réglées sur présentation du bulletin de pointage accompagné d'une attestation du bureau de gestion mentionnant la perte de rémunération.
- Pour les ayants droit salariés, les indemnités journalières en cas de maladie et d'accident du travail sont réglées sur présentation de l'original de la feuille de décompte établi par le régime obligatoire.

Ils doivent en outre présenter à l'appui de leur demande de règlement, une attestation de l'entreprise mentionnant les dates de début et de fin de la maladie ou de l'accident du travail, le montant de la perte de salaire primes incluses, le montant éventuel du complément de salaire versé par l'employeur, ainsi que la ou les feuilles de paye où figurent les retenues pour cause de maladie ou d'accident du travail.

Les ayants droit salariés bénéficiant d'un complément partiel de salaire dispensé par un autre organisme en cas de maladie, devront présenter pour toute demande de remboursement, en plus des pièces énumérées ci-dessus, une attestation dudit organisme mentionnant les dates de début et de fin de la maladie ou de l'accident du travail, ainsi que le montant du complément servi, et la ou les feuilles de paye où figurent les retenues pour cause de maladie ou d'accident du travail.

Les règlements en espèces sont exclus.

TITRE III COTISATIONS

ARTICLE 47 – PAIEMENT DE LA COTISATION DE L'ASSURE

La cotisation due par chaque assuré est prélevée mensuellement par la RATP sur la rémunération du membre participant, personne physique affiliée au titre du contrat souscrit par la RATP et au nom de laquelle sont, le cas échéant, couverts ses ayants droit.

ARTICLE 48 – ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Conformément aux dispositions de l'article VI-2 de l'accord collectif du 30/06/2003 instituant une Protection Sociale Complémentaire d'Entreprise (PSCÉ), le montant des cotisations tel qu'indiqué dans les tableaux ci-dessous est fixé pour une durée de 7 mois à compter du 01.05.2006, sous réserve de l'évolution des dispositions législatives et réglementaires qui régissent les frais de santé.

Sous réserve d'une consultation préalable de la commission de respect l'accord collectif du 30/06/2003 (cf. article VIII dudit accord), à laquelle participe la Mutuelle, le montant des cotisations sera indexé sur la moyenne arithmétique des taux d'accroissement annuels de la "Consommation Médicale Totale" (CMT), publié dans le rapport annuel des comptes nationaux de la santé (Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale).

Néanmoins, si le risque se trouvait aggravé, notamment à la suite de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles modifiant les prestations du régime obligatoire d'assurance maladie, la Mutuelle et la RATP ouvriront des discussions sur l'évolution du présent contrat.

A défaut d'accord, la cotisation évoluera de manière à garantir aux assurés un niveau de prestations identique à celui défini dans le présent contrat.

ARTICLE 49 – FRAIS DE GESTION

Les cotisations incluent les frais de gestion.

ARTICLE 50 – DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

- Garantie collective de base

En application des dispositions de l'article L 221-8 du code de la Mutualité, lorsque la cotisation est précomptée, son défaut de paiement dans les 10 jours de l'échéance peut entraîner la suspension des garanties 30 jours après l'envoi d'une mise en demeure au souscripteur.

- Garanties collectives facultatives

Pour percevoir leurs prestations, les assurés doivent, à la date du fait générateur de la prestation, être à jour de leurs cotisations.

Sous réserve des dispositions plus favorables de l'article L 221-7 du Code de la Mutualité, sont radiés des garanties collectives facultatives les membres participants et leurs ayants droit qui n'ont pas payé leurs cotisations depuis 4 mois.

La radiation est précédée d'une mise en demeure faite par lettre au deuxième mois de non-paiement des cotisations et est prononcée s'il n'a pas été satisfait à cette mise en demeure dans un délai de deux mois. Il peut toutefois être sursis par le Conseil d'Administration à l'application de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés d'effectuer le paiement de leur cotisation.

ARTICLE 51 – GARANTIE DE BASE

Membre participant	Montant mensuel en euros
Garantie santé, allocation participation aux frais d'obsèques, rente orphelin, rente handicap	41,90
Garantie temporaire décès	2,90
Protection juridique	0,00

1 ^{er} enfant à charge de moins de 20 ans ou petit-enfant jusqu'à 20 ans	Montant mensuel en euros
Garantie santé, allocation participation aux frais d'obsèques, rente orphelin, rente handicap	26,50
Garantie temporaire décès pour tout enfant à compter de 12 ans	1,37
Protection juridique	0,00

2 ^e enfant à charge de moins de 20 ans	Montant mensuel en euros
Garantie santé, allocation participation aux frais d'obsèques, rente orphelin, rente handicap	24,20
Garantie temporaire décès pour tout enfant à compter de 12 ans	1,37
Protection juridique	0,00

3 ^e enfant et suivants à charge de moins de 20 ans	Montant mensuel en euros
Garantie santé, allocation participation aux frais d'obsèques, rente orphelin, rente handicap	0,00
Garantie temporaire décès pour tout enfant à compter de 12 ans	1,37
Protection juridique	0,00

Conjoint, partenaire ou concubin du membre participant ou enfant à charge de plus de 20 ans	Tranche A	Tranche B	Tranche C	Tranche D
	Montant mensuel en euros			
Garantie santé, allocation participation aux frais d'obsèques, rente orphelin, rente handicap	41,90	= tranche A ⁽¹⁾	= tranche A ⁽¹⁾	= tranche A ⁽¹⁾
Garantie temporaire décès	2,90	= tranche A ⁽¹⁾	= tranche A ⁽¹⁾	= tranche A ⁽¹⁾
Protection juridique	0,00	0,00	0,00	0,00

(1) pendant l'activité de l'agent

Les tranches de cotisation sont celles définies à l'article 10 du présent contrat.

ARTICLE 52 – GARANTIES FACULTATIVES

Option "plus"

Montant mensuel en euros	14,70
--------------------------	-------

Option "optima"

Montant mensuel en euros	23,00
--------------------------	-------

Option "indemnités journalières"

	Tranche A	Tranche B	Tranche C	Tranche D
Montant mensuel en euros	4,21	4,21	5,88	7,15

Les tranches de cotisation sont celles définies à l'article 10 du présent contrat.

ANNEXE 1 Tableau des prestations

Taux exprimé en pourcentage du tarif de base (= prix unitaire) de la Sécurité Sociale ou du LPPR⁽¹⁾

Nature des frais engagés		Garanties proposées par la Mutuelle du Personnel du Groupe RATP (MPGR) Aucun dépasement d'honoraire n'est pris en charge en dehors du Parcours de Soins.			
		RO ⁽⁶⁾	Remboursement de la Garantie de base	Remboursement de l'Option "plus" ⁽⁷⁾	Remboursement de l'Option "optima" ⁽⁷⁾
Médecine courante	Consultations, visites Généralistes & Spécialistes conventionnés secteurs 1 & 2	70 %		30 %	
	Médecins non conventionnés	70 ou 100 % du TA		40 % d'une consultation C du secteur 1	
	Auxiliaires médicaux (kinésithérapie, soins infirmiers, orthophonie, orthoptie, etc)	60 %		40 %	
	Radiologie	70 %		30 %	
	Analyses, actes de laboratoire	60 %		40 %	
	Consultation sportive, bilan diététique	-		40 % d'une consultation C du secteur 1	
Prévention	Ostéodensitométrie osseuse	-		33 €	
	Vaccins non remboursés par le RO	-		40 % de la dépense	
	Amniocentèse prescrite mais non remboursée par le RO	-		270 €	
	Actes liés à la maternité	-	Forfait annuel de 100 € (20 € maximum par dépasement)	Forfait annuel de 150 € (30 € maximum par dépasement)	Forfait annuel de 250 € (50 € maximum par dépasement)
	Chirurgie liée à l'hospitalisation. Paiement sur présentation de la facture et du bulletin de situation d'hospitalisation	-	Forfait annuel de 205 €	Forfait annuel de 410 €	Forfait annuel de 900 € (450 € maximum par hospitalisation)
Dépasement d'honoraires (dans le cadre du Parcours de soins)	Autres (consultations, auxiliaires médicaux, etc)	-	Forfait annuel de 60 € (15 € maximum par dépasement)	Forfait annuel de 120 € (30 € maximum par dépasement)	Forfait annuel de 500 € (50 € maximum par dépasement)
	Produits remboursés par le RO	35 %		65 %	
	Produits médicaux prescrits mais non remboursés par le RO et dépasement sur LPPR ⁽¹⁾	65 %		35 %	
Pharmacie	Soins, etc	-	Forfait annuel de 25 €	Forfait annuel de 50 €	Forfait annuel de 100 €
	Prothèse dents antérieures (couronne, bridge, etc) : 11-14 ; 21-24 ; 31-34 ; 41-44	70 %		30 %	
	Prothèse dents postérieures (couronne, bridge, etc) : 15-18 ; 25-28 ; 35-38 ; 45-48	Tous taux		360 %	
	Appareillage (résine, stellite, etc)	Tous taux	150 %		360 %
	Orthodontie	Tous taux	270 %		285 %
	Implant dentaire (par dent)	Tous taux	210 %		300 %
Dentaire Remboursé ou non par le RO	Rebasage prothèse	-	76 €	195 €	
		-	23 €	58 €	

Tableau des prestations

Garanties proposées par la Mutuelle du Personnel du Groupe RATP (MPGR) Aucun dépassement d'honoraires n'est pris en charge en dehors du Parcours de Soins.					
Nature des frais engagés		RO ⁽⁶⁾	Remboursement de l'Option "plus" ⁽⁷⁾	Remboursement de l'Option "optima" ⁽⁷⁾	
Optique Remboursé ou non par le RO (sur prescription médicale)	Lentilles	Tous taux	Forfait annuel de 220 €	Forfait annuel de 250 €	
	Produits lentilles	-	Forfait annuel de 50 €	Forfait annuel de 100 €	
	Kératotomie, Eximer, Lazik	Tous taux	155 € par œil	230 € par œil	
	Verre Montant forfaitaire par verre en fonction de la codification LPPR ⁽¹⁾	-6 à +6 cyl 0	Tous taux	40 €	80 €
		+6,25 à 10 cyl 0	Tous taux	100 €	120 €
		<-10 ou >+10 cyl 0	Tous taux	150 €	190 €
		-6 à +6 cyl < 4	Tous taux	50 €	90 €
	1 équipement tous les 2 ans , sauf pathologie nécessitant 1 équipement plus fréquent	<-6 ou >+6 cyl < 4	Tous taux	95 €	135 €
		-6 à +6 cyl > 4	Tous taux	78 €	118 €
		<-6 ou >+6 cyl > 4	Tous taux	145 €	185 €
		-4 à +4	Tous taux	140 €	180 €
	Verre progressif	<-4 ou >+4	Tous taux	170 €	210 €
-8 à +8		Tous taux	160 €	200 €	
<-8 ou >+8		Tous taux	205 €	245 €	
Forfait supplémentaire		Tous taux	40 €	150 €	
Audioprothèse	Appareillage auditif LPPR ⁽¹⁾ (par oreille)	Tous taux	Forfait de 1 500 € tous les 3 ans		
	Piles acoustiques	-	Forfait annuel de 15 €		
	Réparation audioprothèse	Tous taux	Forfait annuel 50 €	Forfait annuel 60 €	
Hospitalisation médicale ou chirurgicale⁽²⁾ sans limitation de durée (sauf psychiatrie limitée à 90 jours)	Conventionnée	80 %	20 %		
	Actes lourds supérieurs à 91 €	100 %	Forfait de 18 € par acte		
	Forfait hospitalier	-	16 € par jour		
	Chambre particulière	-	35 € par jour	70 €/jour (limité à 30 jours/an)	
	Lit accompagnant si prescription médicale	Tous taux	28 € par jour		
Hospitalisation non conventionnée ou secteur privé⁽²⁾		Tous taux	33 € par jour		

Tableau des prestations

Taux exprimé en pourcentage du tarif de base (= prix unitaire) de la Sécurité Sociale ou du LPPR⁽¹⁾

Garanties proposées par la Mutuelle du Personnel du Groupe RATP (MPGR) Aucun dépassement d'honoraire n'est pris en charge en dehors du Parcours de Soins.				
	RO ⁽⁶⁾	Remboursement de la Garantie de base	Remboursement de l'Option "plus" ⁽⁷⁾	Remboursement de l'Option "optima" ⁽⁷⁾
Nature des frais engagés				
Soins externes en établissement, actes ambulatoires	65 ou 70 %		35 ou 30 €	
Appareillage médical	65 %	35 %	150 %	250 %
Maisons de convalescence et de repos⁽²⁾	Tous taux	10 € par jour		20 € par jour
Transport	65 %		35 %	
Transport remboursé par le RO	-		40 % de la dépense	
Transport prescrit mais refusé par le RO	-		62,50 €	
Cure thermique (forfait hébergement et surveillance) ⁽³⁾	-			
Ostéopathe, chiropracteur, pédicure, podologue, psychologue, psychomotricien	-			40 % d'une consultation C du secteur 1
Fécondation in vitro	-			40 % de la dépense
Péridurale	-		84 €	
Indemnité forfaitaire accouchement ⁽³⁾	-		95 €	
Bas à varices	-	40 % de la dépense		100 % de la dépense
Plâtre résine	-	40 % de la dépense		100 % de la dépense
Allocation mariage ⁽⁴⁾	-		290 €	
Rente annuelle handicap	-		38,11 €	
Taux de 50 à 79 %	-		243,92 €	
Taux ≥ à 80 %	-		457,35 €	
Allocation participation frais d'obsèques	-		2 286,75 €	
Garantie temporaire décès ⁽⁵⁾	-		640,28 €	
Père ou mère	-		1 280,56	
Père et mère	-			

⁽¹⁾ LPPR : Liste des produits et prestations remboursables

⁽²⁾ Les dépenses de téléphone et de télévision ne sont pas remboursables.

⁽³⁾ Sur présentation d'un extrait d'acte de naissance de l'enfant.

⁽⁴⁾ Dans la limite du Fonds Social de Solidarité

⁽⁵⁾ La garantie temporaire décès n'est acquise qu'en fonction du règlement d'une cotisation spécifique.

⁽⁶⁾ Taux indicatif de remboursement du RO dans le cadre du Parcours de Soins. Hors du Parcours de Soins les taux des prestations Mutuelle et les bases de remboursement restent identiques.

⁽⁷⁾ Les remboursements indiqués annulent et remplacent ceux de la Garantie de base.

RO : Régime Obligatoire.

TA : Tarif d'Autorité.

ANNEXE 2

CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIF DE PROTECTION JURIDIQUE

souscrit par la Mutuelle du Personnel du Groupe RATP (MPGR)
auprès de
MATMUT PROTECTION JURIDIQUE
Société du Groupe Matmut

NOTICE D'INFORMATION



Matmut (MPJ)

Matmut Protection Juridique

S.A. au capital de 7 500 000 € entièrement libéré
Entreprise régie par le Code des Assurances
R.C.S. ROUEN 423 499 391

Adresse du Siège Social :
66 Rue de Sotteville
76100 ROUEN



Mutuelle du Personnel du Groupe RATP

n° 775.671.969
Agréée par arrêté ministériel du 17/07/03
pour pratiquer, en qualité de Mutuelle du livre II
du Code de la Mutualité,
les opérations relevant des branches 1, 2 et 20

Adresse du Siège Social :
62 Quai de la Rapée
75582 PARIS CEDEX 12

ARTICLE 1 : QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT ?

Il est destiné à permettre aux adhérents de la Mutuelle du Personnel du Groupe RATP et aux personnes désignées ci-après ayant la qualité d'assuré, de bénéficier d'une garantie de Protection Juridique en cas de litige ou de différend les opposant à un tiers, dans les conditions visées à la présente NOTICE D'INFORMATION.

ARTICLE 2 : QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR :

- **Assuré** : ont la qualité d'assuré l'adhérent de la Mutuelle et les personnes ci-après vivant sous le toit de sa résidence principale :
 - son conjoint légitime ou de fait (*),
 - leurs enfants mineurs,
 - leurs enfants majeurs célibataires, sans ressources personnelles,
 - leurs ascendants,
 - les personnes dont l'adhérent de la Mutuelle ou son conjoint légitime ou de fait (*), a la tutelle ou la curatelle.
- **Tiers** : sont considérées comme tiers toutes les personnes autres que celles indiquées ci-après :
 - l'adhérent de la Mutuelle et son conjoint légitime ou de fait (*),
 - leurs ascendants et descendants, leur conjoint légitime ou de fait (*),
 - leurs collatéraux et leur conjoint légitime ou de fait (*), en ce qui concerne uniquement les dommages matériels qu'ils peuvent subir [on appelle collatéraux les personnes issues d'un auteur commun, mais qui n'ont pas de lien de descendance directe : frère(s), sœur(s), oncle(s), tante(s), neveu(x), cousin(s)],
 - les personnes dont l'adhérent de la Mutuelle ou son conjoint légitime ou de fait (*), a la tutelle ou la curatelle,

(*) Sont considérées comme conjoints de fait les personnes vivant sous le même toit, de telle sorte qu'elles puissent être communément regardées comme formant un couple.

- **La Mutuelle** : la Mutuelle du Personnel du groupe RATP
- **Vous** : l'Assuré
- **Nous** : Matmut Protection Juridique (MPJ)
- **Conflit d'intérêts** :
 - Il y a conflit d'intérêts quand nous accordons également notre garantie "Protection Juridique" à la personne dont les intérêts sont opposés aux vôtres.
 - Vous pouvez alors, tout en bénéficiant de la garantie, choisir un avocat ou une personne qualifiée pour vous assister dès la phase amiable du dossier.

ARTICLE 3 : QUELS SONT LES LITIGES OU DIFFÉRENDS GARANTIS ?

La garantie intervient, sauf application de l'une des exclusions ou déchéances prévues ci-après, en cas de litige ou de différend :

- lié à votre vie privée de simple particulier ou à votre statut de salarié en cas de conflit individuel du travail avec votre employeur,
- vous opposant à un tiers,
- dont le fait générateur s'est produit :
 - durant la période où l'adhérent de la Mutuelle conserve cette qualité,
 - pendant la durée de l'accord cadre nous liant à la Mutuelle,
 - en France, dans la Principauté de Monaco, dans le reste du monde (à condition toutefois que le pays concerné ne soit pas en état de guerre civile ou étrangère) en cas de voyage non professionnel effectué dans le cadre de la vie privée, pendant les 6 premiers mois de ce voyage.

ARTICLE 4 : QUELS SONT LES LITIGES OU DIFFÉRENDS NON GARANTIS

Notre garantie est de type "Tout sauf", ce qui signifie qu'elle a vocation à être mise en jeu pour tous les litiges ou différends autres que ceux :

- intentionnellement causés par vous-même ou avec votre complicité, ou résultant de paris,
- vous opposant aux personnes physiques ou morales suivantes :
 - la RATP, nous-mêmes, toute entreprise d'assurances de dommages pour l'exécution des contrats d'assurances de biens et de responsabilités vous liant à cette entreprise, toute entreprise d'assistance, la Mutuelle du Personnel du Groupe RATP et plus généralement toute Mutuelle et tout établissement ou tout service relevant du Code de la Mutualité,
- liés à un contrat de travail en cas de conflit collectif, à une activité professionnelle non salariée, à la qualité de représentant légal, de dirigeant, d'administrateur, rémunérés ou non, d'associé, d'actionnaire ou de caution d'une personne morale,
- relatifs aux infractions pénales ci-après :
 - infractions au Code de la Route et notamment celles donnant lieu à des poursuites devant les Commissions administratives

de suspension du permis de conduire ou devant les Juridictions répressives,

- abus de confiance, escroquerie, vol, recel, agression, acte de vandalisme, état d'ivresse publique manifeste, diffamation ou injures publiques lorsque, en tant qu'auteur ou complice, vous faites l'objet d'une garde à vue, d'une audition par un juge d'instruction, d'une mise en examen, d'une convocation devant le Médiateur pénal ou de poursuites devant les Juridictions répressives,
- résultant :
 - de travaux immobiliers nécessitant un permis de construire (toutefois lorsqu'un contrat d'assurance "Dommages-Ouvrage" a été souscrit pour l'immeuble, nous défendons vos intérêts pour l'exécution de ce contrat),
 - d'accidents mettant en cause un véhicule terrestre à moteur dont vous êtes propriétaire, locataire, gardien, conducteur ou passager,
 - d'un fait de chasse,
 - de l'expression d'opinions politiques, syndicales, religieuses, philosophiques ou de l'exercice de telles activités,
 - de la gestion par un tiers de votre patrimoine,
- fondés sur les articles 1382 à 1386 du Code Civil, qu'il s'agisse de votre défense ou de l'exercice de votre recours,
- ayant un intérêt financier inférieur à 150 € ou nécessitant une intervention devant les tribunaux lorsque la somme à récupérer ou qui vous est réclamée est inférieure à 760 €,
- ayant un intérêt financier inférieur à 3 000 €, lorsqu'ils nécessitent une intervention devant le Conseil d'État ou la Cour de Cassation,
- relevant d'instances internationales.

ARTICLE 5 : QUE DEVEZ-VOUS FAIRE EN CAS DE LITIGE OU DE DIFFÉREND ?

TÉLÉPHONER AU 0 820 890 304
du lundi au vendredi de 8 à 18 h
0,12 € TTC/mn (hors mobile)

Ce numéro correspond à un plateau d'accueil téléphonique réservé aux adhérents de la Mutuelle.

Si nécessaire, vous serez ensuite mis en relation avec l'un de nos Assistants Juridiques, proche de votre domicile, que vous pourrez rencontrer et qui sera chargé de la gestion de votre dossier.

**NOUS COMMUNIQUER L'INTÉGRALITÉ
DES RENSEIGNEMENTS ET DES PIÈCES
SE RAPPORTANT AU LITIGE
OU DIFFÉREND DÉCLARÉ**

Sauf cas fortuit ou de force majeure, cette communication doit intervenir dès que vous avez connaissance de ces renseignements et pièces, étant précisé :

- qu'en cas de non communication, vous pourrez être sanctionné par la déchéance de votre droit à garantie,
- qu'en cas de communication tardive, nous pourrions vous réclamer une indemnité proportionnelle au préjudice que ce manquement nous aura causé.

Vous serez déchu de tout droit à garantie, lorsque de mauvaise foi :

- vous ferez de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances d'un litige ou différend,
- vous emploierez ou remettrez sciemment des documents mensongers ou frauduleux.

ARTICLE 6 : QUE FAISONS-NOUS EN CAS DE LITIGE OU DE DIFFÉREND GARANTI ?

Nous nous engageons à :

- pourvoir à votre défense pénale,
 - assurer votre défense en cas de réclamation amiable ou contentieuse d'un tiers,
 - réclamer l'indemnisation de votre préjudice, la restitution de vos biens, la reconnaissance de vos droits.
- Pour ce faire,
- nous vous fournissons les avis et services appropriés à la recherche d'une solution amiable,

- nous mettons à votre disposition une personne qualifiée ou un avocat :
 - si vous êtes poursuivi pénalement,
 - si, en cas d'échec de la procédure amiable, votre recours ou votre défense nécessite une action en justice.

Si vous choisissez cette personne qualifiée ou cet avocat, vous resterez tenu de respecter les obligations évoquées précédemment et nous seuls aurons qualité pour saisir cette personne qualifiée ou cet avocat.

ARTICLE 7 : QUE PAYONS-NOUS ?

DANS LA LIMITE DES MONTANTS INDIQUÉS EN ANNEXE, NOUS COUVRONS :

• **POUR DÉFENDRE VOS DROITS A L'AMIABLE :**

- les frais relatifs aux avis et services que nous vous fournissons nous-mêmes,
- les frais et honoraires de la personne qualifiée et/ou de l'avocat que vous avez choisis, mais seulement en cas de conflit d'intérêts.

• **POUR DÉFENDRE VOS DROITS EN JUSTICE :**

- les frais et honoraires de la personne qualifiée et/ou de l'avocat en charge de vos intérêts,
 - les frais de procédure,
 - les sommes mises à votre charge au titre des dépens et des frais irrépétibles.
- Ces honoraires, frais et sommes sont pris en charge :
- si l'action en justice qui en est la cause a été décidée en accord avec nous ou a été admise par une décision d'arbitrage,
 - si vous avez passé outre à la solution que nous vous avons proposée ou à l'avis de l'arbitre pour le litige ou le différend qui est à leur

origine et avez obtenu une décision de justice plus favorable à vos intérêts,

- en cas de conflit d'intérêts ou de défense pénale.

Les cautions pénales, les dommages et intérêts, les amendes, leurs accessoires et majorations ainsi que les frais de recouvrement auxquels vous pourriez être condamné ne sont jamais pris en charge.

Les sommes qui pourraient vous être attribuées au titre des dépens ou des frais irrépétibles nous sont acquises. Toutefois, elles sont réparties entre vous et nous, au prorata de nos dépenses respectives, lorsque des frais ou honoraires sont restés à votre charge.

ARTICLE 8 : QUE POUVEZ-VOUS FAIRE SI VOUS N'ÊTES PAS D'ACCORD AVEC NOUS SUR LES MESURES A PRENDRE POUR LA GESTION DE VOS INTÉRÊTS ?

En cas de désaccord entre vous et nous à l'occasion du règlement d'un litige ou différend, vous pouvez vous adresser à notre service **"MÉDIATION INTERNE", 66, Rue de Sotteville, 76100 ROUEN.**

Vous pouvez également recourir à la procédure d'arbitrage :

- Un arbitre sera désigné d'un commun accord entre vous et nous ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile, statuant en la forme des référés.
- Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette procédure seront à notre charge, sauf décision contraire du Président du Tribunal.

Nous nous engageons à accepter les conclusions de l'arbitre.

Plafonds de garantie et barème de remboursement des honoraires et frais de la personne qualifiée ou de l'avocat chargé(e) de la défense de vos intérêts

(page 16)

Plafonds de garantie et barème 2007 de remboursement des honoraires et frais de la personne qualifiée ou de l'avocat chargé(e) de la défense de vos intérêts

1 - DÉFENSE AMIABLE DE VOS DROITS (Défense civile et Recours amiables)

A. Honoraires et frais engagés par nous : sans limitation de somme.

B. Honoraires et frais engagés par vous ⁽¹⁾ :

▪ **PLAFOND DE GARANTIE : 4 600 €**

(pour l'ensemble des frais relatifs à la défense amiable de vos droits)

▪ **BARÈME DE REMBOURSEMENT (HORS TAXES) :**

- Honoraires d'avocat (pour l'ensemble de l'intervention de l'avocat)	340 €
- Expertise médicale	147 €
- Expertise immobilière	1 767 €
- Autre expertise matérielle.....	106 €

(1) les frais de défense amiable que vous avez engagés ne sont pris en charge qu'en cas de survenance d'un conflit d'intérêts tel que défini dans la notice d'information relative à la garantie ou lorsque votre adversaire est lui-même défendu par un avocat.

2 - DÉFENSE DE VOS DROITS EN JUSTICE

Pour un même sinistre ou pour un ensemble de sinistres ayant un même objet, une même cause ou opposant l'assuré au même adversaire :

A. Honoraires et frais engagés par nous :

- SANS LIMITATION DE SOMME DEVANT UNE JURIDICTION FRANÇAISE,
- **PLAFOND DE GARANTIE : 10 000 € DEVANT UNE JURIDICTION ÉTRANGÈRE.**

B. Honoraires et frais engagés par vous :

▪ **PLAFOND DE GARANTIE : 10 000 €**

▪ **BARÈME DE REMBOURSEMENT**

(hors taxes) des honoraires et frais de la personne qualifiée ou de l'avocat que vous avez vous-même désigné(e) :

	Cours de Paris et Versailles (en €)	Autres Cours (en €)
- Tribunal de Police	584 €*	564 €*
- Tribunal Correctionnel	666 €*	634 €*
- Tribunal de Grande Instance et Tribunal Administratif	692 €*	661 €*
- Tribunal d'Instance		
- Compétence générale	561 €*	536 €*
- Compétence spéciale et exclusive (Bail, crédit, etc)	672 €*	641 €*
- Juge de proximité	561 €*	536 €*
- CRCI (constitution du dossier et assistance éventuelle devant la commission)	437 €*	416 €*
- Référé - Expertise et/ou provision	428 €*	408 €*
- Juge, Civil, Prud'homal et Administratif	558 €*	530 €*
- Incident devant le Juge de la mise en état	362 €	344 €
- Juge de l'exécution	397 €*	371 €*
- Cour d'Appel - référé 1 ^{er} Président	547 €*	526 €*
- Affaire au fond	692 €*	661 €*
- Tribunal de Commerce, TASS, CIVI	692 €*	661 €*
- Conseil de Prud'hommes : - conciliation (s'il y a lieu)	448 €*	437 €*
- jugement	672 €*	636 €*
- Surendettement - commission	423 €*	399 €*
- juge de l'exécution	626 €*	602 €*
- Requêtes : - devant le JAF (présentation d'une requête ou défense à requête)	558 €*	530 €*
- Autres	302 €*	285 €*
- Dépôt de plainte avec constitution de partie civile	397 €*	371 €*
- Chambre de l'instruction	568 €*	548 €*
- Procédure criminelle		
- Assistance à instruction	457 €	432 €
- Cour d'Assises : 1 ^{re} instance ou appel (par jour d'audience dans la limite de 5 jours)	872 €	872 €
- Assistance à expertise (sur accord exprès de nos services)	457 €	432 €
- Assistance à instruction (sur accord exprès de nos services)	457 €	432 €
- Assistance à médiation	584 €	564 €
- Déclaration de créance en cas de règlement judiciaire	246 €	227 €
- Autres commissions et juridictions	692 €*	661 €*
- Arbitrage	692 €*	661 €*
- Démarche au Parquet pour obtention de procès-verbaux	95 €	
- Cour de Cassation et Conseil d'État - consultation	918 €*	
- mémoire	918 €*	
- Expertise médicale	147 €	
- Expertise immobilière	1 767 €	
- Expertise comptable	883 €	
- Autre expertise matérielle	106 €	
- Transaction : Identique à l'honoraire dû en cas de procédure au fond devant la juridiction compétente		

* Cette somme est accordée pour l'ensemble de la procédure devant cette juridiction. Elle concerne tous les honoraires et frais, notamment la préparation du dossier, la plaidoirie et les frais inhérents à la gestion du dossier.