

Conditions générales



CONTRATS COLLECTIFS À AFFILIATION OBLIGATOIRE

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 : GÉNÉRALITÉS	4
ARTICLE 1 : OBJET	4
ARTICLE 2 : DÉFINITIONS	4
CHAPITRE 2 : ADHÉSION	4
ARTICLE 3 : INFORMATION PRÉCONTRACTUELLE ET CONTRACTUELLE DU SOUSCRIPTEUR	4
ARTICLE 4 : DÉCLARATIONS DU SOUSCRIPTEUR	4
ARTICLE 5 : ADHÉSION DE LA COLLECTIVITÉ	5
ARTICLE 6 : MODALITÉS D’AFFILIATION	5
↳ 6.1 Conditions d’affiliation du membre participant	5
↳ 6.2 Date d’effet de l’affiliation	6
↳ 6.3 Ouverture des droits	6
↳ 6.4 Cessation des droits	6
ARTICLE 7 : STAGES	6
↳ 7.1 Cas général	6
↳ 7.2 Changement d’option dans le cadre d’un contrat collectif	6
↳ 7.3 Absence de stages	6
↳ 7.4 Mutation	6
ARTICLE 8 : MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES	6
↳ 8.1 Modifications concernant la collectivité	6
↳ 8.2 Modifications concernant le membre participant	6
↳ 8.3 Fausse(s) déclaration(s)	6
ARTICLE 9 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	6
CHAPITRE 3 : COTISATIONS	7
ARTICLE 10 : DÉTERMINATION DES COTISATIONS	7
ARTICLE 11 : REVALORISATION ET RÉVISION DES COTISATIONS	7
↳ 11.1 Revalorisation des cotisations	7
↳ 11.2 Révision des cotisations	7
ARTICLE 12 : PAIEMENT DES COTISATIONS	7
↳ 12.1 Règlement des cotisations	7
↳ 12.2 Précompte ou non des cotisations	7
↳ 12.3 Incident de paiement	7
↳ 12.4 Défaut de paiement	7
↳ 12.5 Procédures collectives	8
CHAPITRE 4 : GARANTIES-PRESTATIONS	8
ARTICLE 13 : RÈGLES GÉNÉRALES DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ	8
ARTICLE 14 : CONTRAT RESPONSABLE ET PANIER MINIMUM DE GARANTIES	8
↳ 14.1 Application de la législation relative au contrat responsable	8
↳ 14.2 Application du panier minimum de garanties	8
ARTICLE 15 : MAINTIEN DES GARANTIES	8
↳ 15.1 Maintien des garanties au titre de la portabilité des droits	8
↳ 15.2 Maintien des garanties à titre individuel (au titre de la loi Evin)	9

ARTICLE 16 : SUSPENSION DES GARANTIES	9
ARTICLE 17 : GARANTIES EXCLUES	9
ARTICLE 18 : CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	9
ARTICLE 19 : MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	10
↳ 19.1 Règlement des prestations	10
↳ 19.2 Contrats multiples	10
↳ 19.3 Règlement à un tiers, tiers payant	10
↳ 19.4 Modalités de prise en charge des prestations, hors tiers payant	11
ARTICLE 20 : PLAFONDS DE GARANTIES SPÉCIFIQUES	11
↳ 20.1 Plafonds progressifs prothèses dentaires	11
↳ 20.2 Plafonds implants dentaires et plafonds progressifs implantologie dentaire	11
↳ 20.3 Plafond audioprothèses reportable	11
ARTICLE 21 : FORCLUSION	11
ARTICLE 22 : PRESTATIONS INDUES	11
ARTICLE 23 : SUBROGATION	11

CHAPITRE 5 : RÉSILIATION DU CONTRAT 12

ARTICLE 24 : RÉSILIATION À L'INITIATIVE DE LA COLLECTIVITÉ	12
ARTICLE 25 : RÉSILIATION À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE	12
ARTICLE 26 : REINTEGRATION DE LA COLLECTIVITÉ	12

CHAPITRE 6 : LITIGES 12

ARTICLE 27 : PRESCRIPTION	12
ARTICLE 28 : INTERPRÉTATION DU CONTRAT	12
ARTICLE 29 : RÉCLAMATION - MÉDIATION	12
ARTICLE 30 : DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME (LCB-FT)	13
ARTICLE 31 : ATTRIBUTION DE JURIDICTION	13

CHAPITRE 7 : DÉLAIS DE STAGES ET INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES 14

Conditions générales Contrats collectifs à affiliation obligatoire

CHAPITRE 1 GÉNÉRALITÉS

ARTICLE 1 : OBJET

Le **CONTRAT** a pour objet de déterminer les conditions dans lesquelles la **MUTUELLE** couvre les risques frais de santé. Les garanties frais de santé ont pour objet d'assurer au **MEMBRE PARTICIPANT** et à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie, en complément des prestations versées par le Régime obligatoire.

ARTICLE 2 : DÉFINITIONS

- 1. la **MUTUELLE** ou CCMO Mutuelle,
- 2. la **COLLECTIVITÉ** : l'employeur ou la personne morale, **SOUSCRIPTEUR**, co-contractant de la **MUTUELLE**,
- 3. le **CONTRAT** : les Conditions particulières ainsi que les présentes Conditions générales, auxquelles sont annexés les Statuts en vigueur,
- 4. les **PARTIES** au **CONTRAT** : la **MUTUELLE** et la **COLLECTIVITÉ**,
- 5. la **CATÉGORIE AFFILIÉE** : la catégorie de personnes physiques salariées de la **COLLECTIVITÉ** pouvant adhérer à la **MUTUELLE**,
- 6. le **MEMBRE PARTICIPANT**, parfois dénommé l'Adhérent : la personne physique salariée de la **COLLECTIVITÉ** ouvrant droit pour elle-même et ses ayants droit, conformément aux Statuts, au bénéfice des garanties mutualistes,
- 7. l'**AYANT DROIT**, est la personne physique qui bénéficie des mêmes droits que le **MEMBRE PARTICIPANT** ayant souscrit le **CONTRAT**, tel que défini dans les Statuts de la **MUTUELLE**,
- 8. les **BÉNÉFICIAIRES** : l'ensemble des **MEMBRES PARTICIPANTS** et de leurs **AYANTS DROIT** bénéficiant des garanties mutualistes,
- 9. le **MEMBRE HONORAIRE** : la **COLLECTIVITÉ**,
- 10. la **FICHE DE LIAISON** : formulaire transmis par la **MUTUELLE** et complété par la **COLLECTIVITÉ**, à son initiative, afin d'informer la **MUTUELLE**, en temps réel, des modifications concernant un ou plusieurs **BÉNÉFICIAIRES**,
- 11. la **MUTATION** : passage du **MEMBRE PARTICIPANT** et ses ayants droit, le cas échéant, du collège des collectivités au collège des individuels et inversement, telle que définie dans les Statuts de la **MUTUELLE**,
- 12. la **GARANTIE STANDARD** : garantie appartenant à une gamme pré-définie par la **MUTUELLE** de garanties mutualistes qui peuvent être souscrites par toute **COLLECTIVITÉ**,
- 13. la **GARANTIE SPÉCIFIQUE** : toute garantie définie contractuellement entre la **MUTUELLE ET LA COLLECTIVITÉ** souhaitant mettre en place des remboursements de prestations particuliers ou toute garantie définie par une convention collective,
- 14. la **DSN** : La Déclaration Sociale Nominative repose sur la transmission unique mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie. Elle permet non seulement la transmission de signalements, en temps réel, comme les fins de contrat mais aussi la réduction du nombre de déclarations, la fiabilité des informations transmises et de déclarer le montant des cotisations relatif à la mutuelle calculé par le système de

paie. Pour sa mise en place, la **MUTUELLE** transmet à la **COLLECTIVITÉ** une « fiche de paramétrage » contenant les informations liées à la **MUTUELLE**, au **CONTRAT**, aux cotisations. Ces données sont à intégrer dans le logiciel de paie et servent à configurer la transmission des DSN,

- 15. le **PSC** : le Parcours de Soins Coordonnés est le parcours que l'assuré effectue pour bénéficier de soins par un médecin ou par un spécialiste. Il s'applique si l'assuré a déclaré un médecin traitant qu'il consulte (ou son remplaçant) pour bénéficier d'une consultation chez un spécialiste. Respecter le parcours de soins coordonnés permet d'être mieux remboursé par l'Assurance Maladie.

CHAPITRE 2 ADHÉSION

ARTICLE 3 : INFORMATION PRÉCONTRACTUELLE ET CONTRACTUELLE DU SOUSCRIPTEUR

Le **SOUSCRIPTEUR** reçoit, avant la signature du contrat, sur tout support durable, conformément aux dispositions de l'article L.221-4 du Code de la mutualité, une proposition de **CONTRAT**, les Statuts, les Conditions générales et une fiche d'information, dite fiche « IPID », qui décrit ses droits et obligations.

En application des nouvelles dispositions de la DDA (Directive sur la Distribution d'Assurances), il convient de préciser que la rémunération des collaborateurs de la **MUTUELLE** en charge de la distribution des garanties proposées dans le **CONTRAT** présente une part variable.

Le **CONTRAT**, régi par le Code de la mutualité, est constitué des Conditions particulières, des Conditions générales et des Statuts en vigueur à la date de signature du **CONTRAT**.

Les Conditions particulières priment sur les Conditions générales.

Toutes les modifications du **CONTRAT** sont définies soit par lettre valant avenant, soit par un avenant aux Conditions particulières signé par les parties. Les modifications visant à mettre en conformité le **CONTRAT** avec la réglementation applicable au contrat responsable sont réputées acceptées, à défaut d'opposition du **SOUSCRIPTEUR** du **CONTRAT** par écrit dans les 30 jours à compter de la notification par la **MUTUELLE**, conformément à l'article L.221-5 du Code de la mutualité.

Le **SOUSCRIPTEUR** du **CONTRAT** est informé des modifications des Statuts et des Conditions générales sur tout support durable. Celui-ci devra en informer les **MEMBRES PARTICIPANTS**.

ARTICLE 4 : DÉCLARATIONS DU SOUSCRIPTEUR

La **COLLECTIVITÉ** doit déclarer à la **MUTUELLE** les salariés relevant de la **CATÉGORIE AFFILIÉE**.

Le **SOUSCRIPTEUR** doit affilier au **CONTRAT** la totalité des salariés de la **CATÉGORIE AFFILIÉE** sous réserve des cas de dispense prévus par la réglementation en vigueur et mentionnés dans l'acte juridique mis en place au sein de la **COLLECTIVITÉ**.

La **COLLECTIVITÉ** doit adresser à la **MUTUELLE** :

- le bulletin individuel d'affiliation de chaque salarié relevant de la **CATÉGORIE AFFILIÉE** mentionnant les éventuels **AYANTS DROIT**, signé au plus tard dans les 15 jours qui suivent la date de signature du **CONTRAT** ;
- le bulletin individuel d'affiliation des nouveaux salariés et de leurs **AYANTS DROIT**, le cas échéant, signé dans les 15 jours qui suivent leur entrée dans l'effectif de la **CATÉGORIE AFFILIÉE** ;

- la demande de radiation du salarié (et de ses **AYANTS DROIT**) au plus tard dans les 15 jours qui suivent son départ de la **COLLECTIVITÉ**, accompagnée de sa carte de tiers payant. Si la **COLLECTIVITÉ** transmet une **DSN** événementielle « fin de contrat » à la **MUTUELLE**, la demande de radiation n'est, dans ce cas, pas obligatoire.

La **COLLECTIVITÉ** s'engage, à l'égard de la **MUTUELLE**, au moyen des **FICHES DE LIAISON**, ou de la **DSN**, à une obligation d'information en temps réel afin de lui signaler toutes les modifications administratives intervenues et concernant un ou plusieurs **BÉNÉFICIAIRES** ainsi que tous les mouvements dans la liste des salariés et **AYANTS DROIT**, conformément à l'article 8 des présentes Conditions générales.

La **COLLECTIVITÉ** s'engage à remettre à ses salariés, bénéficiaires d'une garantie résultant du **CONTRAT**, la notice d'information établie par la **MUTUELLE** au titre de l'article L.221-6 du Code de la mutualité et mise à jour en cas de modifications apportées au **CONTRAT**. Cette notice d'information définit les garanties souscrites, les modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contour des clauses édictant des nullités, des exclusions, des limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

La preuve de la remise au MEMBRE PARTICIPANT de ladite notice et de toutes modifications contractuelles incombe à la COLLECTIVITÉ.

La radiation individuelle ne peut être acceptée que lorsque le salarié quitte la **COLLECTIVITÉ** ou ne correspond plus à la **CATÉGORIE AFFILIÉE**; dans ces hypothèses aucun délai de préavis ne s'applique. La **FICHE DE LIAISON** ou la **DSN** doit être transmise à la **MUTUELLE** par la **COLLECTIVITÉ** qui doit en outre y joindre les cartes de tiers payant de la **MUTUELLE**, réclamées au préalable auprès du **MEMBRE PARTICIPANT**. Si l'information de la radiation individuelle parvient à la **MUTUELLE** par l'intermédiaire de la **DSN**, la **MUTUELLE** se chargera de réclamer la carte de tiers payant au **MEMBRE PARTICIPANT**.

Dans l'hypothèse où la **COLLECTIVITÉ** transmettrait à la **MUTUELLE** la **DSN**, toute information emportant modifications de la situation des **MEMBRES PARTICIPANTS** et de leurs **AYANTS DROIT** non contenue dans ladite déclaration devra être transmise à la **MUTUELLE** par l'intermédiaire de la **FICHE DE LIAISON**.

Il est par ailleurs précisé que :

- La date de radiation du **MEMBRE PARTICIPANT** s'applique au plus tôt le 1^{er} jour du mois au cours duquel la **MUTUELLE** a réceptionné la demande de radiation, sauf en cas de décès du **MEMBRE PARTICIPANT** pour lequel la date de radiation est effective au jour de survenance de l'événement.
- En cas de transmission tardive de la **FICHE DE LIAISON**, ou de la **DSN**, la radiation sera effective le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la **FICHE DE LIAISON** ou de l'information en provenance de la **DSN**, les cotisations afférentes aux salariés restant dues par la **COLLECTIVITÉ**, sauf en cas de décès du **MEMBRE PARTICIPANT**.
- Aucune radiation individuelle ne saurait être antérieure à la date de réception par la **MUTUELLE** de la demande de radiation par la **COLLECTIVITÉ**, sauf en cas de décès du **MEMBRE PARTICIPANT**.
- Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, sauf celles pour lesquelles la date de soins est antérieure à la date de résiliation, et sous réserve qu'elles soient demandées dans un délai maximum de 2 ans après la date de règlement inscrite sur le décompte du Régime obligatoire ou la facture originale acquittée.
- Un certificat de radiation est envoyé sur demande au **MEMBRE PARTICIPANT** ayant résilié son affiliation.

Le **MEMBRE PARTICIPANT** qui quitte la **COLLECTIVITÉ** peut demander son adhésion à la **MUTUELLE** dans le cadre d'un contrat individuel.

ARTICLE 5 : ADHÉSION DE LA COLLECTIVITÉ

L'adhésion de la **COLLECTIVITÉ** est subordonnée à la signature d'un **CONTRAT** pour lequel la date d'effet est mentionnée aux Conditions particulières.

Tout **CONTRAT** devra être considéré comme non formé et sera de plein droit réputé n'avoir jamais existé si les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- Aucune cotisation n'a été réglée par la **COLLECTIVITÉ** à la **MUTUELLE** au titre du **CONTRAT**,
- Aucune prestation n'a été versée par la **MUTUELLE** au titre de ce même **CONTRAT**.

Le **CONTRAT** qui lie la **COLLECTIVITÉ** à la **MUTUELLE**, d'une durée minimum de 12 mois, s'échelonne de sa date d'effet à une échéance précisée dans les Conditions particulières [expirant le 31/12 de l'année N ou N+1]. Il est ensuite renouvelé par tacite reconduction d'année civile en année civile.

Dans le cadre du **CONTRAT**, un **CORRESPONDANT** est désigné par la **COLLECTIVITÉ**. Il sera l'interlocuteur de la **MUTUELLE** pour toutes les questions relatives à la vie de ce contrat.

ARTICLE 6 : MODALITÉS D'AFFILIATION

6.1 Conditions d'affiliation du MEMBRE PARTICIPANT

L'affiliation ou la mutation du **MEMBRE PARTICIPANT** est subordonnée à la signature d'un contrat de travail avec le **SOUSCRIPTEUR**, personne physique ou morale et la signature d'un bulletin d'affiliation comportant notamment la déclaration exacte de l'identité de chacune des personnes à garantir. Ce bulletin doit obligatoirement être accompagné de la photocopie de l'attestation papier de la carte vitale.

La signature du bulletin d'affiliation par le **MEMBRE PARTICIPANT** emporte acceptation des Statuts et des Conditions générales. Ces derniers, transmis par la **MUTUELLE**, sont également consultables et téléchargeables sur le site internet de la **MUTUELLE**, www.ccmo.fr. La signature électronique, conforme aux dispositions décrites dans le décret n°2017-1416 du 28/09/2017 pris pour application de l'article 1367 du Code civil relatif à la signature électronique, est équivalente à la signature manuscrite. La signature électronique du bulletin d'affiliation emporte acceptation des Statuts de la **MUTUELLE** et des Conditions générales.

Les affiliations des salariés et leurs ayants droit sont confirmées par l'envoi d'une fiche de liaison au **SOUSCRIPTEUR** du **CONTRAT** et l'envoi des cartes de tiers payant aux **MEMBRES PARTICIPANTS**.

Les salariés de la **COLLECTIVITÉ** deviennent **MEMBRES PARTICIPANTS** :

- à la date d'effet du **CONTRAT** pour les salariés présents dans l'effectif à cette date, et qui, si le **CONTRAT** a été mis en place à la suite d'une Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE), l'ont accepté.
- à la date d'effet indiquée au bulletin d'affiliation pour les nouveaux salariés, ainsi que ceux entrant dans la catégorie affiliable.

Cas particulier des personnes dont le contrat de travail est suspendu et des personnes en cumul emploi-retraite sous réserve des dispositions prévues dans l'acte fondateur de la COLLECTIVITÉ :

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu à la date d'effet du **CONTRAT** ou exerçant leur activité dans le cadre du cumul emploi-retraite, peuvent être admis sous réserve qu'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- que leur contrat de travail soit en vigueur,
- qu'ils aient été portés à la connaissance de la **MUTUELLE** préalablement à leur affiliation,
- que leur bulletin individuel d'affiliation dûment complété et signé ait été transmis préalablement à la **MUTUELLE**,
- que la cotisation les concernant soit réglée.

Cas particulier des mandataires sociaux :

La **COLLECTIVITÉ** peut demander à étendre le bénéfice du présent **CONTRAT** à ses mandataires sociaux sans contrat de travail, sous réserve :

- qu'ils appartiennent à la **CATÉGORIE AFFILIÉE** retenue par la **COLLECTIVITÉ**, telle qu'indiquée aux Conditions particulières, qu'ils soient affiliés aux assurances sociales du Régime Général en application des dispositions de l'article L.311-3 du Code de la Sécurité sociale,
- que l'octroi de cet avantage ait été accordé dans le respect des procédures d'autorisation prévues au Code de commerce,
- que leur bulletin individuel d'affiliation mentionnant la qualité de mandataire social dûment complété et signé soit transmis préalablement à la **MUTUELLE**,
- qu'ils aient été déclarés comme tels à la **MUTUELLE** lors de leur affiliation,
- que la cotisation les concernant soit réglée.
- Dans cette hypothèse, et à défaut pour le mandataire social de cumuler un contrat de travail en vigueur, la couverture frais de santé sera accordée sous réserve de l'existence et du maintien du mandat social pendant la durée des garanties ainsi que des conditions susmentionnées.

À défaut du respect des formalités citées ci-avant, les personnes dont le contrat de travail est suspendu ou en cumul emploi retraite à la date d'effet du contrat ainsi que les mandataires sociaux précités ne seront pas affiliés au présent contrat.

↳ 6.2 Date d'effet de l'affiliation

Sous réserve de l'application des dispositions à l'article 7 des présentes Conditions générales (stages), l'affiliation et le bénéfice des garanties prennent effet :

- À la date d'effet du **CONTRAT** conclu entre la **COLLECTIVITÉ** et la **MUTUELLE** pour les salariés déjà présents dans l'effectif à cette date ;
- Au 1^{er} jour du mois civil de l'embauche pour les nouveaux salariés.

L'affiliation est valablement enregistrée dès l'encaissement de la première cotisation. Aucun effet rétroactif n'est admis pour l'ouverture d'un dossier.

↳ 6.3 Ouverture des droits

Seuls font l'objet de remboursement par la **MUTUELLE**, les frais de santé prodigués à compter du 1^{er} jour de prise d'effet de l'adhésion ou de l'affiliation à la garantie, compte tenu de l'ouverture des droits (sous réserve de l'application des stages).

↳ 6.4 Cessation des droits

Les garanties restent acquises pour le **MEMBRE PARTICIPANT** et l'ensemble de ses ayants droit tant qu'il est salarié de la **COLLECTIVITÉ**.

Sous réserve de l'application des dispositions de l'article 15 des présentes Conditions générales (maintien des garanties), le bénéfice des garanties cesse pour le **MEMBRE PARTICIPANT** lui-même et ses ayants droit dès que le **MEMBRE PARTICIPANT** cesse de réunir les conditions statutaires pour en bénéficier, et en tout état de cause, au terme du **CONTRAT**.

> ARTICLE 7 : STAGES

↳ 7.1 Cas général

Aucun stage ne sera appliqué dans le cadre d'un **CONTRAT** souscrit à titre obligatoire pour le **MEMBRE PARTICIPANT**, en revanche des délais de stage peuvent être appliqués à ses ayants droit, dans l'hypothèse où leurs demandes d'affiliation ne sont pas formulées au même moment. Dans ce cas, dès lors que la demande d'affiliation n'intervient pas dans les trois mois qui suivent la date d'effet du **CONTRAT** obligatoire ou la date d'affiliation du **MEMBRE PARTICIPANT**, les délais de stage appliqués aux ayants droit sont ceux fixés au **CHAPITRE 7** des présentes Conditions générales.

Les délais de stage commencent à courir au premier jour de la prise d'effet de l'affiliation ou de la mutation. Pendant la période de stage, la **MUTUELLE** accorde le remboursement du ticket modérateur (sauf pharmacie remboursée à hauteur de 15 %) et du forfait journalier hospitalier à l'exclusion des allocations, cures, autres forfaits et remboursements de soins refusés par le Régime obligatoire.

↳ 7.2 Changement d'option dans le cadre d'un contrat collectif

Toute demande de changement d'option ne pourra être acceptée par la **MUTUELLE** qu'après un sociétariat minimum d'un an dans la garantie ou l'option en cours.

Sous réserve des dispositions prévues par les Conditions particulières, toute demande d'extension de garantie (prestations complémentaires) ou de changement vers une option supérieure (prestations supérieures) s'appliquera avec la durée de stages correspondant à la nouvelle garantie souscrite, dans les conditions définies au **CHAPITRE 7** des présentes Conditions générales.

Les délais de stage commencent à courir au premier jour de la prise d'effet du changement d'option ou de l'extension de garantie.

Durant la période de stage, le **MEMBRE PARTICIPANT** et l'ayant droit conservent les prestations acquises dans leur garantie ou option avant le changement.

↳ 7.3 Absence de stages

Par dérogation, le nouveau-né inscrit dans les deux mois suivant la naissance, l'enfant adopté inscrit dans les deux mois suivant l'adoption, tout comme le conjoint, le concubin ou le cosignataire du PACS, inscrit dans les deux mois suivant le mariage, la déclaration de concubinage ou conclusion du PACS, seront dispensés de stage sur présentation d'un certificat de radiation en

provenance d'un autre organisme assureur, datant de moins de deux mois à la date d'adhésion pour le conjoint, le concubin ou le cosignataire du PACS.

↳ 7.4 Mutation

En cas de mutation d'un ayant droit relevant du collège des individuels vers une garantie applicable aux membres du collège des **COLLECTIVITÉS**, aucune période de stage ne sera appliquée (les définitions des collèges sont détaillées au Titre II des Statuts de la **MUTUELLE**).

> ARTICLE 8 : MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES

↳ 8.1 Modifications concernant la COLLECTIVITÉ

La **MUTUELLE** peut à tout moment réclamer à la **COLLECTIVITÉ** toutes pièces lui permettant de vérifier l'exactitude de l'information et des documents produits par cette dernière, notamment lors de la signature du **CONTRAT**, l'appel de cotisations ou l'ouverture des droits à prestations.

↳ 8.2 Modifications concernant le MEMBRE PARTICIPANT

Le **MEMBRE PARTICIPANT** est le seul habilité à modifier les conditions de son affiliation et celles de ses ayants droit. Il doit communiquer au **CORRESPONDANT** de la **COLLECTIVITÉ**, à l'appui des pièces justificatives nécessaires, tout changement qui pourrait intervenir pour lui-même et ses ayants droit, notamment en matière d'état civil, de situation familiale, de situation vis-à-vis du Régime obligatoire, de coordonnées bancaires. Ces formalités sont effectuées par la **COLLECTIVITÉ**, soit par l'intermédiaire de la **DSN**, soit de la fiche de liaison ou encore par le biais du site internet de la **MUTUELLE** sur l'espace sécurisé.

La copie des pièces transmises sera acceptée si elle constitue la reproduction fidèle et durable de l'original au sens de l'article 1379 du Code civil. La **MUTUELLE** se réserve le droit de demander à tout moment au **MEMBRE PARTICIPANT** de lui fournir les originaux des justificatifs concernés.

↳ 8.3 Fausse(s) déclaration(s)

En vertu de l'article L.221-14 du Code de la mutualité, en cas de réticence, de fausse déclaration intentionnelle de la part de la **COLLECTIVITÉ** ou du **MEMBRE PARTICIPANT**, ces derniers sont informés des fautes qui leur sont reprochées et sont invités à fournir les explications nécessaires.

La **MUTUELLE** peut prononcer l'annulation des prestations ou des droits lorsque la faute est en lien avec le versement de prestations ; elle se réserve alors le droit de poursuivre la **COLLECTIVITÉ** ou le **MEMBRE PARTICIPANT** pour la récupération des sommes indûment payées ; elle a la faculté de constater la résiliation de plein droit du **CONTRAT** lorsque la faute porte sur l'appréciation du risque.

Dans ce cas, les cotisations payées demeurent acquises à la **MUTUELLE** qui a droit également au paiement des cotisations échues, sans préjudice des poursuites à engager contre la **COLLECTIVITÉ** pour le recouvrement des prestations indûment payées.

En cas de fraude, c'est-à-dire en cas d'irrégularité, acte ou abstention commis de manière intentionnelle par le **SOUSCRIPTEUR** ou le **MEMBRE PARTICIPANT** et ayant pour effet de causer à la **MUTUELLE** un préjudice, les dispositions ci-avant s'appliquent.

> ARTICLE 9 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les données personnelles recueillies, au titre du contrat complémentaire santé conclu, font l'objet d'un traitement conforme aux obligations applicables en la matière, notamment prévues par le Règlement européen sur la protection des données personnelles du 27 avril 2016 et la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée.

Par la signature du **CONTRAT**, le représentant de la **COLLECTIVITÉ** reconnaît que les personnes physiques, dont les données personnelles ont été fournies à la **MUTUELLE**, dénommées ci-après les personnes concernées, ont consenti au recueil de leurs données personnelles et sont informées qu'elles peuvent retirer ce consentement à tout moment.

Les traitements utilisés par la **MUTUELLE** reposent sur au moins l'un des fondements légitimes suivants :

- l'exécution d'un contrat collectif auquel la **COLLECTIVITÉ** est partie ou l'exécution des mesures précontractuelles prises à sa demande ;

- le respect d'une obligation légale à laquelle la **MUTUELLE** est soumise ;
- l'intérêt légitime poursuivi par la **MUTUELLE** notamment la lutte contre la fraude, la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la prospection commerciale, la conduite d'activités de recherches et de développement ;
- le consentement uniquement des personnes concernées.

À ce titre, la **MUTUELLE** est amenée à traiter des données dites sensibles, relatives à l'état de santé des personnes concernées par le contrat collectif. Ce traitement s'effectue dans le respect du secret médical.

Ces données personnelles sont traitées par les salariés de la **MUTUELLE** chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats et par ses éventuels partenaires. Elles ne sont conservées que pour le temps strictement nécessaire à l'exécution et la gestion du contrat frais de santé, finalité du traitement, ou pour satisfaire aux obligations légales de la **MUTUELLE** (délai de prescription).

Conformément à la réglementation en vigueur, la personne concernée peut demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de ses données, définir les directives relatives à leur sort après son décès, choisir d'en limiter l'usage ou s'opposer à leur traitement en s'adressant au Délégué à la protection des données personnelles par courrier à CCMO Mutuelle, PAE du Haut-Villé, 6 avenue du Beauvaisis – 60014 Beauvais Cedex ou courriel au dpo@ccmo.fr. En cas de réclamation, elle peut également saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

La **COLLECTIVITÉ** est informée que la **MUTUELLE** peut utiliser les informations la concernant pour la publicité d'offres d'assurance et assistance à laquelle elle peut s'opposer au moment de son adhésion.

CHAPITRE 3 COTISATIONS

ARTICLE 10 : DÉTERMINATION DES COTISATIONS

Toute **COLLECTIVITÉ** ou personne morale souscriptrice d'un **CONTRAT** collectif s'engage au paiement d'une cotisation annuelle déterminée aux Conditions particulières en fonction des garanties choisies et de la composition familiale.

Les cotisations incluent les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (unions, fédérations, etc.), les cotisations techniques et les taxes en vigueur, ainsi que toutes taxes à venir imposées par la réglementation. L'ensemble des sommes dues est réputé former un tout et être indivisible.

Elles sont fixées annuellement par le Conseil d'administration dans le respect des orientations générales définies par l'Assemblée générale de la **MUTUELLE** et ratifiées par cette dernière.

Le Conseil d'administration donne tout pouvoir à la **MUTUELLE** pour fixer les montants ou taux de cotisation au titre des garanties spécifiques dont les paramètres justifient une négociation avec la **COLLECTIVITÉ**.

ARTICLE 11 : REVALORISATION ET RÉVISION DES COTISATIONS

11.1 Revalorisation des cotisations

Les cotisations évoluent selon :

- les résultats techniques de la **MUTUELLE**,
- les variations des dépenses de santé fournies par les indices officiels,
- l'instauration ou l'évolution de toutes taxes imposées par la législation en vigueur,
- les modifications des cotisations spéciales versées aux organismes supérieurs.

Les taux d'indexation sont fixés annuellement par le Conseil d'administration.

11.2 Révision des cotisations

Les révisions de cotisations ont lieu chaque année, au 1^{er} janvier, et éventuellement en cours d'année :

- en cas de modifications d'ordre contractuel, conventionnel, réglementaire ou législatif modifiant la portée de l'engagement de la **MUTUELLE** ;
- si la participation à la charge des bénéficiaires venait à être augmentée suite à une évolution du Régime obligatoire ;

Les orientations tarifaires sont décidées par le Conseil d'administration et

ratifiées par la prochaine Assemblée générale au regard des règles générales que cette dernière a adoptées.

Toute taxe nouvelle ou majoration de taxe pourrait être mise à la charge de la **COLLECTIVITÉ** et payable en même temps que la cotisation.

L'évolution des cotisations de certains contrats collectifs peut faire l'objet d'un suivi spécifique en concertation avec le **SOUSCRIPTEUR**. Les **PARTIES** au **CONTRAT** précisent que l'équilibre technique s'entend sur un ensemble constitué de la **CATÉGORIE AFFILIÉE** des **CONTRATS** bénéficiant au personnel (actifs et/ou inactifs et ayants-droit) de la **COLLECTIVITÉ**. En cas de consolidation des contrats entre plusieurs collectivités, l'équilibre technique s'entend sur un ensemble constitué de(s) la **CATÉGORIE(S) AFFILIÉE(S)** des **CONTRATS** précisés dans les Conditions particulières.

ARTICLE 12 : PAIEMENT DES COTISATIONS

12.1 Règlement des cotisations

Les cotisations sont payables selon les modalités fixées dans les Conditions particulières. Un appel de cotisation est envoyé directement à la **COLLECTIVITÉ** et/ou au **MEMBRE PARTICIPANT**. La **COLLECTIVITÉ** désignera à cet effet le destinataire de l'appel de cotisations.

Le montant à régler est présenté sur les factures d'appel et de régularisation des cotisations qui parviennent au plus tard le 1^{er} du mois du règlement, en application des règles du prélèvement SEPA.

Lorsque l'assiette des cotisations est basée sur la masse salariale :

- si la **COLLECTIVITÉ** ne transmet pas la **DSN** à la **MUTUELLE**, elle doit alors retourner mensuellement à la **MUTUELLE** les appels déclaratifs de cotisations dûment complétés,
- si la **COLLECTIVITÉ** transmet la **DSN** à la **MUTUELLE**, l'assiette des cotisations sera alors basée sur les éléments déclarés dans la **DSN**.

Dans le cas où la **COLLECTIVITÉ** n'aurait pas transmis 12 **DSN** en année « N », cette dernière devra transmettre une régularisation par salarié à la **MUTUELLE** au cours du mois de janvier de l'année « N+1 ».

Le règlement des cotisations peut s'effectuer par chèque, prélèvement bancaire, par virement sur le compte bancaire de la **MUTUELLE** ou via le télé-règlement. Le paiement par télé-règlement est conditionné par l'envoi systématique de la **DSN** ; la date de paiement maximum autorisée étant le 20 du mois suivant. Le prélèvement et le télé-règlement sont subordonnés au retour du mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé, et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire – IBAN.

12.2 Précompte ou non des cotisations

Lorsque la **COLLECTIVITÉ** règle directement la totalité des cotisations à la **MUTUELLE**, elle est seule responsable vis-à-vis de la **MUTUELLE** du paiement des cotisations.

En cas de paiement des cotisations par la **COLLECTIVITÉ** pour sa part et par le **MEMBRE PARTICIPANT** pour sa part, chacun est responsable vis-à-vis de la **MUTUELLE** du paiement des cotisations pour la part lui incombant. Toutefois, en cas de non-paiement total ou partiel des cotisations par le **MEMBRE PARTICIPANT**, la **COLLECTIVITÉ** est solidairement responsable du paiement des cotisations vis-à-vis de la **MUTUELLE** et se verra automatiquement facturer la part de cotisation du **MEMBRE PARTICIPANT**.

12.3 Incident de paiement

En cas d'impayé du prélèvement pour motif « sans provision », la **COLLECTIVITÉ** doit faire rapidement les démarches nécessaires afin que le deuxième ordre de prélèvement émis par la **MUTUELLE** soit honoré. Les frais de rejet dont le montant unitaire est de 10€ sont à la charge de la **COLLECTIVITÉ** et sont inclus dans le prélèvement suivant. Après deux rejets de prélèvement consécutifs, la **MUTUELLE** se réserve le droit de lui interdire ce mode de règlement. En cas de non-paiement à l'issue du deuxième rejet, la **MUTUELLE** se réserve le droit de poursuivre la **COLLECTIVITÉ** selon les procédures précontentieuses prévues ci-après.

Pour les autres motifs de rejet, le prélèvement est stoppé et la **COLLECTIVITÉ** devra régler les cotisations par un autre moyen de règlement à sa convenance.

12.4 Défaut de paiement

En cas de défaut de paiement dans les délais prévus, et conformément à l'article L.221-8 du Code de la mutualité, la **MUTUELLE** se réserve le droit

de recouvrer les cotisations auprès du **MEMBRE PARTICIPANT** et/ou de la **COLLECTIVITÉ**. Après une mise en demeure non suivie d'effet dans un délai de trente jours, les garanties concernées sont suspendues de plein droit.

Les droits aux garanties suspendues, mais non résiliées, reprennent le lendemain du jour où ont été réglées à la **MUTUELLE** les cotisations arriérées ou en cas de fractionnement des cotisations, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, majorées des frais de mise en demeure dont le montant est indiqué ci-après.

Tant que les cotisations ne sont pas réglées, les prestations sont suspendues et l'usage de la carte de Tiers payant est interdit. Si le **MEMBRE PARTICIPANT**, ou l'un de ses ayants-droit, utilisait néanmoins sa carte de tiers payant, cela constituerait un délit.

Dès lors, la **MUTUELLE** aura la faculté de résilier de plein droit le **CONTRAT** par l'envoi d'un courrier recommandé avec accusé réception ou courrier électronique à tout moment et 10 jours au moins après la suspension des garanties; cette résiliation ne libérant pas pour autant la **COLLECTIVITÉ** du paiement de l'intégralité des cotisations dues jusqu'au terme d'origine du **CONTRAT**, à titre de clause pénale. Les frais de mise en demeure et de recouvrement sont réputés être à la charge de la **COLLECTIVITÉ**. La **MUTUELLE** facturera une somme forfaitaire de 20 € par mise en demeure correspondant aux frais de gestion du dossier. Ce montant est fixé par la Conseil d'administration de la **MUTUELLE**. Les frais de recouvrement correspondent à ceux réglés par la **MUTUELLE** à l'organisme de recouvrement.

Lorsque la radiation est prononcée, la **COLLECTIVITÉ** doit restituer les cartes de tiers payant à la **MUTUELLE**. Les bénéficiaires ainsi radiés cessent de percevoir les prestations dès la date de suspension des garanties et au plus tard dès la date d'effet de la radiation.

En cas de non-paiement de la contribution salariale par le **MEMBRE PARTICIPANT** et après en avoir informé le **COLLECTIVITÉ** et le **MEMBRE PARTICIPANT**, la **MUTUELLE** se réserve le droit de transférer le **MEMBRE PARTICIPANT** sur la garantie de base obligatoire mise en place par la **COLLECTIVITÉ**; les prestations de la garantie de base proposée par la **COLLECTIVITÉ** étant inférieures aux prestations de la garantie optionnelle.

➤ 12.5 Procédures collectives

En cas de procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire, la **COLLECTIVITÉ** s'engage à en informer la **MUTUELLE** dès la saisine du Greffe du Tribunal compétent.

En cas d'ouverture d'une procédure de liquidation judiciaire de la **COLLECTIVITÉ**, le **CONTRAT** est résilié de plein droit après une mise en demeure adressée par la **MUTUELLE** au liquidateur judiciaire restée plus d'un mois sans réponse.

Si le liquidateur judiciaire décide de poursuivre le **CONTRAT** frais de santé, les cotisations des anciens salariés bénéficiaires de la portabilité des droits seront facturées à la **COLLECTIVITÉ** et l'appel de cotisations sera transmis au liquidateur.

Le liquidateur judiciaire doit verser à la **MUTUELLE** l'entière cotisation des anciens salariés bénéficiant du maintien des droits. À défaut de règlement des cotisations dues par le liquidateur judiciaire, les garanties seront suspendues 30 jours après l'envoi de la mise en demeure au liquidateur judiciaire et le **CONTRAT** sera de plein droit résilié 40 jours à compter de la date de réception de la mise en demeure.

CHAPITRE 4 GARANTIES – PRESTATIONS

➤ ARTICLE 13: RÈGLES GÉNÉRALES DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ

La **MUTUELLE** intervient dès lors qu'il y a prise en charge des prestations par un Régime obligatoire français; les prestations sont remboursées en euros payables en France et en Europe.

La **MUTUELLE** peut prendre en charge les soins effectués à l'étranger s'ils sont remboursés par la Sécurité sociale. La **MUTUELLE** rembourse le bénéficiaire sur la base du remboursement transmis par le Régime obligatoire français, à hauteur de la prestation indiquée sur le tableau des garanties au

poste « soins transmis par la Sécurité sociale et effectués à l'étranger » qu'elle que soit la dépense engagée. Les soins effectués à l'étranger et non remboursés par la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge par la **MUTUELLE**.

Les frais de santé, pris en charge par le Régime obligatoire, font l'objet d'un remboursement complémentaire par la **MUTUELLE** en fonction de la garantie choisie. Les soins non remboursés par le Régime obligatoire ou hors nomenclature ne sont pas remboursés sauf s'ils sont prévus dans le tableau des garanties. Les remboursements sont effectués soit sur la base du remboursement (BR) du Régime obligatoire, soit sur la base des montants définis par la garantie.

En cas de désengagement du Régime obligatoire ayant pour effet une prise en charge moins importante des dépenses de santé, la **MUTUELLE** continue à verser des prestations contractuelles en fonction du taux de remboursement du Régime obligatoire antérieur au désengagement, sauf accord exprès entre les parties et dans la limite des obligations de prises en charge imposées à la **MUTUELLE** par la réglementation en vigueur.

Pour les praticiens non conventionnés, la **MUTUELLE** rembourse les soins sur la base du remboursement transmis par le Régime obligatoire (Tarif d'autorité).

➤ ARTICLE 14: CONTRAT RESPONSABLE ET PANIER MINIMUM DE GARANTIES

➤ 14.1 Application de la législation relative au contrat responsable

Les garanties choisies par la **COLLECTIVITÉ** répondent aux obligations de remboursements minima et maxima mentionnés aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale sauf stipulations contraires expressément prévues par les Conditions particulières du **CONTRAT**.

Toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires aux articles précitées relatives aux contrats responsables seraient sans effet et réputées non écrites, sauf mentions contraires expressément prévues par les Conditions particulières du **CONTRAT**.

Pour être responsable, la législation relative au Parcours de Soins Coordonnés (PSC) doit être respectée.

Ainsi, les bénéficiaires sont remboursés dans les conditions prévues par le tableau des garanties si le Régime obligatoire considère que le PCS en vigueur est respecté.

En cas de non-respect du PSC, la **MUTUELLE** applique les limites suivantes:

- La majoration du ticket modérateur n'est pas prise en charge par la **MUTUELLE**.
- Les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins relevant des secteurs 1 et 2 sont remboursés dans la limite de la garantie prévue à l'exception du montant forfaitaire, parfois appelé franchise, fixé dans le cadre de la Convention médicale nationale en vigueur et dans la limite fixée par décret pour les médecins non adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM).

Dans l'hypothèse où le professionnel de santé n'aurait pas informé de sa non-adhésion au DPTM ou bien du non-respect du parcours de soins coordonnés, la **MUTUELLE** peut récupérer auprès du bénéficiaire les sommes versées à tort.

➤ 14.2 Application du Panier Minimum de Garanties

Les garanties choisies respectent le panier minimum de garanties prévues par les articles L911-1, D911-1 à D911-3 du Code de la Sécurité sociale.

➤ ARTICLE 15: MAINTIEN DES GARANTIES

➤ 15.1 Maintien des garanties au titre de la portabilité des droits

Au moment de la cessation du contrat de travail, la **COLLECTIVITÉ** devra informer:

- Son salarié de son droit à la portabilité de sa garantie frais de santé s'il remplit les conditions prévues à l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale et le signaler dans le certificat de travail.
- La **MUTUELLE** dans les 15 jours suivants l'évènement de la cessation du contrat de travail et de l'ouverture des droits au maintien des garanties prévues par l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale.

En cas de rupture du contrat de travail, hors cas de licenciement pour faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage, les **MEMBRES PARTICIPANTS** doivent accepter expressément le maintien des garanties afin de garder le bénéfice des garanties complémentaires santé appliquées dans leur ancienne **COLLECTIVITÉ**. Ce maintien débutera à compter de la date de cessation du contrat de travail, pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée de leur dernier contrat de travail appréciée en nombre de mois entiers et dans la limite de douze mois de couverture. Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

Le **MEMBRE PARTICIPANT** bénéficiera du droit au maintien, à titre gratuit, des garanties en vigueur dans la **COLLECTIVITÉ**, sauf renonciation notifiée expressément par écrit par le salarié.

Pour bénéficier des dispositions relatives au maintien des garanties précitées, l'ancien salarié doit fournir à la **MUTUELLE** la justification de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, et mensuellement l'attestation de paiement des allocations du régime d'assurance chômage. À réception des justificatifs, la **MUTUELLE** délivrera au bénéficiaire du maintien de la garantie une carte de tiers payant dont la validité est trimestrielle. À défaut, les droits à la portabilité seront suspendus automatiquement.

L'ancien salarié doit informer la **MUTUELLE** de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien des garanties complémentaires santé prévues aux articles ci-avant.

Au terme du maintien des garanties, l'ancien salarié a la faculté d'opter pour une couverture à titre individuel prévue au § 15.2 ci-dessous.

Les éventuels arrêts maladies, durant la période de maintien de garanties, ne donnant pas lieu à indemnisation de Pôle emploi, ne suspendent en aucune manière le bénéfice des garanties au profit de l'ancien salarié. Cependant ce dernier doit fournir mensuellement à la **MUTUELLE** ses décomptes d'indemnités journalières. Aucune prorogation de la durée de maintien définie lors de la rupture du contrat de travail n'est possible.

En cas de modification du **CONTRAT**, les modifications de garanties sont appliquées à l'ancien salarié et à ses ayants droit.

Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement des allocations par le régime d'assurance chômage ;
- la date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié ;
- la date d'effet du départ à la retraite de l'ancien salarié ;
- l'issue de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit et ce dans la limite de douze mois ;
- la date d'effet de la résiliation du **CONTRAT** qu'elle soit à l'initiative de la **COLLECTIVITÉ** ou de la **MUTUELLE**.

La portabilité des garanties frais de santé pour les anciens salariés est financée par un système de mutualisation unique sauf dispositions contraires dans les Conditions particulières.

➤ 15.2 Maintien des garanties à titre individuel (article 4 loi Evin)

Peuvent continuer à bénéficier, dans le cadre d'un nouveau contrat, de garanties frais de santé à titre individuel, moyennant le paiement de cotisations spécifiques :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une prestation d'incapacité, d'invalidité, d'une allocation de chômage, de préretraite ou de retraite, sous réserve que la demande en soit faite dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou dans les six mois qui suivent l'expiration des droits à maintien au titre de la portabilité prévue au § 15.1 ci-dessus.
- les personnes physiques bénéficiaires des garanties en tant qu'ayant droit d'un **MEMBRE PARTICIPANT** décédé, sous réserve que la demande en soit faite dans les six mois suivant le décès.
- tout **MEMBRE PARTICIPANT** en cas de non renouvellement ou de résiliation du **CONTRAT** par la **COLLECTIVITÉ** ou de résiliation de celui-ci par la **MUTUELLE**, sous réserve que la demande en soit faite dans les trois mois suivant le terme du **CONTRAT**.

La **MUTUELLE** adressera aux **MEMBRES PARTICIPANTS** une proposition de maintien de garanties dans le délai de deux mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période de portabilité.

➤ ARTICLE 16 : SUSPENSION DES GARANTIES

Sous réserve que la **MUTUELLE** ait été informée par la **COLLECTIVITÉ** de la suspension du contrat de travail, les garanties sont suspendues de plein droit dans l'un des cas suivants, sauf mention contraire dans l'acte fondateur (DUE, Accord collectif et Référendum) mettant en place le Régime frais de santé au sein de la **COLLECTIVITÉ** :

- congé sabbatique visé à l'article L.3142-28 et suivants du Code du Travail,
- congé pour création d'entreprise visé à l'article L.3142-105 à L.3142-116 du Code du Travail,
- congé parental d'éducation visé à l'article L.1225-47 à L.1225-51 du Code du Travail,
- service national, périodes d'exercices militaires, de mobilité ou de captivité.

La reprise des garanties s'effectue sans application de délais de carence à compter de la reprise effective du travail au sein de la **COLLECTIVITÉ**.

Pendant cette période de suspension de garanties aucune cotisation n'est due au titre de l'intéressé.

Les frais de santé dont la date des soins se situe durant cette période de suspension ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent **CONTRAT**.

Le salarié pourra cependant continuer à bénéficier, à sa demande expresse, d'une garantie à titre individuel aux conditions définies par la **MUTUELLE**.

La **COLLECTIVITÉ** peut décider de maintenir la couverture frais de santé pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu, sans maintien total ou partiel de rémunération. Les modalités de ce maintien devront être fixées dans l'acte juridique (DUE, Accord collectif, Référendum) de la **COLLECTIVITÉ**.

➤ ARTICLE 17 : GARANTIES EXCLUES

La **MUTUELLE** prend en charge les dépenses relatives aux prestations donnant lieu à une prise en charge du Régime obligatoire et pour lesquelles le bénéficiaire peut justifier d'un décompte de remboursement. Le niveau de prise en charge de ces dépenses par la **MUTUELLE** est défini dans les garanties souscrites.

En principe la **MUTUELLE** ne rembourse pas les actes et prestations non remboursés par le Régime obligatoire ou hors nomenclature du Régime obligatoire ainsi que tous les autres frais non remboursés par le Régime obligatoire. Cependant, par dérogation, la **MUTUELLE** peut les prendre en charge si ceux-ci sont expressément définis au **CONTRAT** et/ou dans les tableaux de garanties.

Les remboursements correspondent aux garanties souscrites et aux barèmes de prestations, dans la limite du montant ou du nombre pour lesquels la **MUTUELLE** s'engage à participer.

Dans le cadre du contrat responsable, ne sont pas pris en charge :

- la participation forfaitaire de 1 € déduite par le Régime obligatoire à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation ;
- la majoration du ticket modérateur, en l'absence de désignation d'un médecin traitant ou lorsque la consultation s'effectue en dehors du parcours de soins coordonnés (PSC) ;
- les franchises médicales (le montant de la franchise est plafonné par an et par assuré à 50 € pour l'ensemble des actes et prestations concernés) ;
- les dépassements d'honoraires en dehors du parcours de soins coordonnés (PSC).

La prise en charge des dépassements d'honoraires des praticiens non adhérents au DPTM [Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée] est au moins inférieure de 20 % à celle des dépassements d'honoraires des praticiens adhérents au DPTM et limitée au maximum à 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

➤ ARTICLE 18 : CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations est subordonné au règlement des cotisations. En cas de non-paiement de ces dernières, les prestations font l'objet d'un règlement après régularisation de la situation dans les six mois qui suivent la suspension des garanties et en l'absence de résiliation ou de radiation.

Les prestations font l'objet de l'établissement d'un décompte par la **MUTUELLE** qui est transmis au **MEMBRE PARTICIPANT** ou à l'ayant droit majeur à sa demande. Elles sont réglées par virement sur le compte bancaire du **MEMBRE PARTICIPANT** ou lui sont adressées par chèque bancaire.

Les montants des prestations sont calculés en fonction des prestations figurant dans la garantie souscrite.

On entend par remboursement, le montant cumulé versé par le Régime obligatoire et par tout autre organisme complémentaire y compris la **MUTUELLE**. Le montant des remboursements des dépenses de santé par la **MUTUELLE** ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective du bénéficiaire.

ARTICLE 19 : MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

19.1 Règlement des prestations

Pour le remboursement des soins, la **MUTUELLE** s'appuie exclusivement sur les dates de soins et montants portés sur le décompte du Régime obligatoire ou sur les factures acquittées. Les dates de soins indiquées sur le décompte du Régime obligatoire ou la facture acquittée font foi et la **MUTUELLE** ne saurait rembourser aux bénéficiaires des soins qui auraient été achevés postérieurement à la date de radiation du **CONTRAT**.

Les remboursements s'effectuent dans un délai de :

- 48 heures après réception des flux du Régime obligatoire ;
- 72 heures à réception des factures acquittées accompagnées de toutes les pièces justificatives si le **MEMBRE PARTICIPANT** ne bénéficie pas ou n'a pas autorisé la télétransmission des informations entre le Régime obligatoire et la **MUTUELLE**.
- Les prestations sont réglées :
- Au **MEMBRE PARTICIPANT** :
 - à partir des données fournies directement par le Régime obligatoire du **MEMBRE PARTICIPANT** lorsque celui-ci a autorisé la télétransmission sous réserve que la copie de l'attestation papier de la carte vitale ait été transmise à la **MUTUELLE** ainsi que la copie de la nouvelle attestation papier de la carte vitale pour tout changement ou ajout de bénéficiaire ou de changement de caisse de Régime obligatoire. Cette procédure le dispense d'envoyer son décompte à la **MUTUELLE** et accélère les délais de remboursement ;
 - à partir des informations et justificatifs de dépenses transmis par le **MEMBRE PARTICIPANT** lui-même. Il s'agit en l'espèce des décomptes originaux de l'organisme de Régime obligatoire et des factures originales des professionnels de santé acquittées ainsi que des devis ou prises en charge éventuels, aucune photocopie n'étant acceptée ;
 - à partir des pièces justificatives spécifiques liées à l'allocation versée (naissance, obsèques, etc.).
- Aux ayants droit du bénéficiaire décédé (membre participant, conjoint, enfant), ou à défaut, à l'héritier, sur présentation d'un certificat d'hérédité délivré par la Mairie ou le Notaire chargé de la succession.
- Aux établissements de santé, aux professionnels de santé ou autres prestataires, lorsqu'une convention de tiers payant est signée avec ces derniers.

Remarques :

- Les produits, accessoires et examens non remboursables par le Régime obligatoire peuvent faire l'objet d'un remboursement en fonction des garanties figurant dans la garantie souscrite, sous réserve de présentation des justificatifs originaux correspondants.
- La **MUTUELLE** assure le versement d'allocations obsèques, naissances ou autres, versées au titre des garanties souscrites qui ne peuvent pas être réglées si l'évènement générateur intervient postérieurement à la date de résiliation ou de radiation du **MEMBRE PARTICIPANT**.
- L'allocation naissance ou adoption présente un caractère forfaitaire. Elle est versée si l'inscription de l'enfant est effectuée dans les 2 mois de sa naissance ou son adoption. L'inscription de l'enfant prend effet le premier jour du mois civil de sa naissance ou de son adoption. L'allocation naissance ne peut être versée qu'une seule fois au titre du même enfant.
- L'allocation pour l'enfant né sans vie inscrit au registre de l'état civil, présente un caractère forfaitaire. Elle est versée si la demande en est faite dans les 2 mois de survenance de l'évènement.
- L'allocation obsèques présente un caractère indemnitaire et n'a ainsi à être versée que dans l'hypothèse où des frais ont été engagés. L'âge limite de versement est précisé au tableau de garantie.

Le maintien des allocations obsèques, ainsi que leur montant, sont validés par le Conseil d'administration de la **MUTUELLE** qui vote chaque année leur

reconduction, leur modification ou leur suppression, dans le respect des règles générales adoptées par l'Assemblée générale.

L'allocation obsèques, sous réserve d'une déclaration faite dans les 6 mois à compter du décès et sous réserve que le **MEMBRE PARTICIPANT** était à jour de ses cotisations, est réglée :

- à l'ayant droit, à l'héritier ou au tiers qui a couvert les frais de pompes funèbres sur présentation d'un certificat de décès et d'une facture acquittée à son nom. Dans le cas où les frais ont été réglés par un tiers, ce dernier devra en outre joindre la photocopie de sa pièce d'identité.

Si les frais ont été réglés à partir du compte bancaire ou postal personnel du **MEMBRE PARTICIPANT** décédé, ou dans le cadre d'une convention obsèques souscrite, de son vivant, l'allocation obsèques entre dans le cadre de la succession. Elle est alors réglée :

- au Notaire désigné sur simple lettre de sa part et sur facture acquittée,
- à l'un des héritiers qui présentera, outre la facture acquittée, une promesse de porte-fort signée de sa main, un mandat écrit des autres héritiers ainsi qu'un acte de notoriété (à demander au Notaire chargé de la succession) certifiant de sa qualité d'héritier.

19.2 Contrats multiples

Les garanties de même nature souscrites auprès d'un ou plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription, et dans la limite des frais engagés par le bénéficiaire. Dans cette limite, le bénéficiaire du **CONTRAT** peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. Les **MEMBRES PARTICIPANTS** sont tenus de faire connaître les remboursements effectués par les autres organismes assureurs auprès desquels ils ont contracté des garanties de même nature. Dans le cas où le **MEMBRE PARTICIPANT** refuse les échanges Noémie entre le Régime obligatoire et la **MUTUELLE** et que celui-ci est couvert par un organisme complémentaire santé autre que la **MUTUELLE**, il s'engage à communiquer, pour chaque demande de remboursement, toutes pièces justificatives nécessaires pour effectuer le remboursement des prestations. En outre, la **MUTUELLE** se réserve le droit de demander au **MEMBRE PARTICIPANT**, soit une attestation écrite de l'organisme assureur tiers, soit une copie des garanties souscrites auprès de cet organisme.

En outre, il est précisé que lorsque les contrats complémentaire santé cumulés sont responsables, la prise en charge maximale est appréciée dans sa globalité, à savoir que le cumul des remboursements doit être inférieur ou égal aux maxima prévus par la réglementation relative aux contrats responsables.

19.3 Règlement à un tiers, tiers payant

Pour certains actes et prescriptions, la **MUTUELLE** peut régler tout ou partie des honoraires et frais médicaux directement aux praticiens, professionnels de santé et/ou établissements ayant passé une convention avec elle.

Cette modalité, appelée « tiers payant », ne pourra être appliquée que sous réserve de la réglementation des pouvoirs publics. Par ailleurs, le tiers payant peut être limité au seul ticket modérateur des tarifs servant de base au remboursement du Régime obligatoire. Il n'est possible que pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés avec le Régime obligatoire et/ou la **MUTUELLE**, sauf obligation contraire imposée par la réglementation.

19-3.1 Carte mutuelle de tiers payant

Pour bénéficier du tiers payant, le bénéficiaire doit présenter sa carte de tiers payant en cours de validité, comportant ses droits ouverts à la date des soins ou de facturation (produits pharmaceutiques par exemple), ainsi que sa carte vitale (ou attestation papier).

Cette carte permet aux bénéficiaires d'obtenir du tiers payant uniquement pour les risques mentionnés sur celle-ci et suivant les accords passés avec les professionnels de santé.

Cette carte nominative est **STRICTEMENT PERSONNELLE**. Elle ne peut en aucun cas être utilisée par quelqu'un ne figurant pas nominativement sur la carte. Sa validité est annuelle quel que soit le mode de règlement de la cotisation. En cas d'impayés, la carte de tiers payant pourra, selon le stade de suivi d'impayés, être émise pour une période de droit correspondant aux acquittements de cotisations de la **COLLECTIVITÉ** et/ou du **MEMBRE PARTICIPANT**. Un duplicata de carte papier peut être délivré à la demande du **MEMBRE PARTICIPANT**.

↳ 19-3.2 Modalités complémentaires

Le tiers payant s'effectue sur la base de 100 % de la base de remboursement (BR) des Régimes obligatoires (Sécurité sociale, etc.), sauf accords spécifiques, notamment pour la radiologie, pour laquelle le professionnel de santé pourra pratiquer le tiers payant au taux indiqué sur la carte de tiers payant. De façon générale, si le bénéficiaire est amené à régler les suppléments d'honoraires, celui-ci devra en demander le remboursement à la **MUTUELLE** en produisant le décompte du Régime obligatoire (Sécurité sociale, etc.) et les pièces justificatives des dépenses. Les suppléments lui seront alors remboursés par la **MUTUELLE** dans le cadre des garanties souscrites, selon les procédures habituelles.

Lorsque le bénéficiaire n'utilise pas le tiers payant pour la part complémentaire, alors qu'il l'a utilisé pour la part Régime obligatoire, il devra fournir à la **MUTUELLE** les justificatifs de paiement de la part complémentaire afin d'en obtenir le remboursement.

L'utilisation de la carte de tiers payant par le **MEMBRE PARTICIPANT** qui n'est pas à jour de ses cotisations ou par l'ayant droit qui n'est plus couvert par le **MEMBRE PARTICIPANT** constitue un délit pouvant entraîner des poursuites.

↳ 19-3.3 Prise en charge

En cas d'hospitalisation, d'actes dentaires (hors soins), d'équipement optique et/ou lentilles ou d'appareillage auditif, le bénéficiaire peut demander à la **MUTUELLE** une estimation de son reste à charge. Elle permet au Professionnel de santé d'obtenir un engagement de prise en charge par la **MUTUELLE** sur laquelle les montants indiqués correspondent aux montants remboursables par la **MUTUELLE** au jour de la demande de la prise en charge et pendant toute la durée de sa période de validité, sous réserve de remboursements qui seraient intervenus entre sa date de délivrance et la date de réalisation des soins. Dans le cas de soins réalisés postérieurement à la période de validité indiquée, les montants remboursables pourront être différents de ceux mentionnés sur la prise en charge délivrée. L'estimation communiquée par la **MUTUELLE** est établie sous réserve de la validité du **CONTRAT** et du paiement des cotisations à la date de réalisation des soins.

↳ 19.4 Modalités de prise en charge des prestations, hors tiers payant

Lorsque le tiers payant ne peut pas être appliqué, la **MUTUELLE** rembourse les frais de soins avancés par les bénéficiaires sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- décompte original du Régime obligatoire le cas échéant et/ou éventuellement des décomptes des autres régimes complémentaires ;
- facture originale acquittée ;
- toute autre pièce justificative exigée par la **MUTUELLE** en fonction des garanties souscrites (devis, photocopie de feuille de soins, etc.).

La présentation de photocopies de décomptes du Régime obligatoire et/ou de factures n'est pas recevable pour percevoir des remboursements de la part de la **MUTUELLE**.

› ARTICLE 20 : PLAFONDS DE GARANTIES SPÉCIFIQUES

↳ 20.1 Plafonds progressifs prothèses dentaires

Certaines garanties peuvent prévoir des plafonds progressifs sur trois ans pour les prothèses dentaires. Les remboursements de la **MUTUELLE** sont limités à 1/3 du plafond indiqué la 1^{re} année d'adhésion, au 2/3 du plafond indiqué la 2^{ème} année civile d'adhésion et au plafond indiqué à compter de la 3^{ème} année civile d'adhésion.

Lorsque les soins sont réalisés sur deux années, le calcul des plafonds applicable sera réalisé au prorata temporis.

En cas de changement de garantie proposant également un plafond de garantie progressif sur trois ans, la tranche de plafond atteinte sera maintenue sur la nouvelle garantie souscrite.

↳ 20.2 Plafonds implants dentaires et plafonds progressifs implantologie dentaire

20-2.1 Pour certaines garanties, un plafond annuel peut être versé en cas de pose d'implant dentaire.

20-2.2 Dans le cadre de certaines garanties, des plafonds progressifs sur trois ans sont prévus sur le poste implantologie dentaire non remboursée

par le Régime Obligatoire. Les remboursements de la **MUTUELLE** sont limités à 1/3 du plafond indiqué la 1^{re} année d'adhésion, au 2/3 du plafond indiqué la 2^{ème} année civile d'adhésion et au plafond indiqué à compter de la 3^{ème} année civile d'adhésion. Lorsque les soins sont réalisés sur deux années, le calcul des plafonds applicable sera réalisé prorata temporis. En cas de changement de garantie dans la même gamme de produits, la tranche de plafond atteinte sera maintenue sur la nouvelle garantie souscrite.

↳ 20.3 Plafond audioprothèses reportable

Pour certaines garanties, en cas de non-utilisation de son plafond audioprothèses, le bénéficiaire dispose au 1^{er} janvier de l'année suivante d'une augmentation de son plafond audioprothèses, et ce, en complément du ticket modérateur, dans les conditions précisées ci-dessous :

- Année de souscription (N) : garantie initiale = 1
- N+1 : garantie initiale majorée de 15 % = 1,15
- N+2 : garantie initiale majorée de 30 % = 1,30
- N+3 : garantie initiale majorée de 50 % = 1,50
- N+4 : garantie initiale majorée de 75 % = 1,75
- N+5 : garantie initiale majorée de 100 % = 2

Dès qu'une dépense d'audioprothèses entraîne un remboursement et quel que soit son montant, le plafond audioprothèses est ramené l'année suivante au montant initial. Ce système fonctionne pour tous les équipements audioprothèses.

On entend par audioprothèses, les prothèses auditives acceptées ou refusées par le Régime Obligatoire.

Les consommables et accessoires (piles, produits d'entretien et petits accessoires) ne sont en principe pas remboursés au titre de cette garantie, à l'exception de la prise en charge expressément mentionnée au tableau de garantie.

Le montant du Plafond Audioprothèses Reportable est calculé au 1^{er} janvier de chaque année ; il pourra être modifié rétroactivement si des dépenses audioprothèses ont été engagées au cours d'années antérieures sans avoir été portées à la connaissance de la **MUTUELLE**, ayant entraîné le versement de prestations bonifiées à tort.

En cas de changement de garantie, le bénéficiaire ne conserve pas le bénéfice du pourcentage de la bonification acquise dans le cadre de sa précédente garantie.

› ARTICLE 21 : FORCLUSION

Les demandes de prestations doivent, sous peine de forclusion, être remises à la **MUTUELLE** dans les 2 ans suivant la date de règlement inscrite sur le décompte du Régime obligatoire, ou dans un délai de 2 ans à compter de la date de facturation pour toutes les prestations non remboursées par le Régime obligatoire.

Les réclamations concernant les remboursements sont obligatoirement formulées par écrit à la **MUTUELLE** dans un délai de 3 mois après la date de règlement de la **MUTUELLE**.

› ARTICLE 22 : PRESTATIONS INDUES

Dans le cas où des prestations auraient été versées à tort à l'un des bénéficiaires de la **MUTUELLE** ou à un professionnel de santé dans le cadre du tiers payant, la **MUTUELLE** pourra récupérer les sommes indûment perçues par tous moyens mis à sa disposition dans le cadre légal et réglementaire et pourra éventuellement prélever les sommes indûment perçues sur les prestations à venir. Elle pourra en outre recourir à tous moyens de droit mis à sa disposition en cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant.

› ARTICLE 23 : SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, mentionnées à l'article L.224-8 du Code de la mutualité, la **MUTUELLE** est subrogée jusqu'à concurrence des dites prestations, dans les droits et actions des **MEMBRES PARTICIPANTS** ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La **MUTUELLE** ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du

tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. La part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément ne peut être récupérée par la **MUTUELLE**, à moins que les prestations versées par la **MUTUELLE** n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de décès, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Afin de permettre à la **MUTUELLE** de pouvoir exercer ce droit de subrogation, le **MEMBRE PARTICIPANT** et ses ayants droit s'engagent à déclarer à la **MUTUELLE**, dans les meilleurs délais, tout accident dont ils sont victimes.

Remarque: Il est vivement conseillé aux MEMBRES PARTICIPANTS de vérifier auprès de leurs divers assureurs que ces accidents sont bien couverts par eux au titre d'un contrat d'assurance adapté.

CHAPITRE 5 RÉSILIATION DU CONTRAT

ARTICLE 24 : RÉSILIATION À L'INITIATIVE DE LA COLLECTIVITÉ

- a) La **COLLECTIVITÉ** a la faculté de ne pas renouveler le **CONTRAT**. Elle doit en informer la **MUTUELLE** par notification avec un préavis de deux mois; la notification doit donc être envoyée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par l'envoi d'un recommandé électronique au plus tard le 31 octobre de l'année concernée, le cachet de la Poste ou le certificat d'horodatage faisant foi.
- b) La **COLLECTIVITÉ** peut décider de ne pas renouveler le **CONTRAT** à titre conservatoire. Dans ce cas, cette décision devra être notifiée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par l'envoi d'un recommandé électronique, devant parvenir à la **MUTUELLE** au plus tard le 31 octobre, le cachet de La Poste ou le certificat d'horodatage faisant foi. Le non renouvellement devra ensuite être confirmé dans les mêmes formes avant le 31 décembre de l'année considérée; faute de quoi la dénonciation à titre conservatoire sera nulle et non avenue et le **CONTRAT** poursuivra ses effets.
- c) Dans le cas où la **COLLECTIVITÉ** ne respecte pas le préavis contractuel de dénonciation de deux mois, celle-ci est irrecevable et le **CONTRAT** poursuit ses effets durant l'année suivante; si la **COLLECTIVITÉ** refuse la poursuite du **CONTRAT** en interrompant volontairement le paiement des cotisations avant le terme du **CONTRAT**, celui-ci sera résilié de plein droit 40 jours après mise en demeure non suivie d'effet; et la **COLLECTIVITÉ** devra régler à la **MUTUELLE** en guise de clause pénale [article 1231-5 du Code civil] une somme correspondant à une année de cotisation.
- d) Par ailleurs, dans le cas où les **MEMBRES PARTICIPANTS** vidant le **CONTRAT** par leurs résiliations individuelles groupées, celles-ci devront respecter le préavis contractuel de dénonciation de deux mois, pour prise d'effet au 31 décembre de l'année considérée, qui s'impose à la **COLLECTIVITÉ**; faute de quoi leurs résiliations individuelles seront constitutives d'un abus de droit sanctionné par la clause pénale mentionnée au paragraphe c) ci-dessus.
- e) Les Conditions particulières du **CONTRAT** peuvent prévoir, par dérogation, d'autres dispositions organisant le non renouvellement; elles s'imposeront alors aux présentes Conditions générales.

ARTICLE 25 : RÉSILIATION À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité, la **MUTUELLE** peut résilier le **CONTRAT** collectif obligatoire, annuellement, par lettre recommandée avec avis de réception ou un envoi de recommandé électronique avec certificat d'horodatage, au plus tard le 31 octobre de l'année civile et en tout état de cause, en cours d'année, en cas de non-paiement des cotisations par la **COLLECTIVITÉ**, dans les conditions prévues à l'article 12 des présentes Conditions générales.

En cas de liquidation judiciaire de la **COLLECTIVITÉ**, le **CONTRAT** sera de plein droit résilié après mise en demeure adressée par la **MUTUELLE**, en lettre recommandée avec avis de réception ou envoi d'un recommandé électronique avec certificat d'horodatage, au liquidateur judiciaire restée plus d'un mois sans réponse.

La résiliation du contrat collectif, pour quelque cause que ce soit, entraîne de facto la cessation des droits au maintien de la garantie au titre de la portabilité [article 911-8 du Code de la Sécurité sociale].

ARTICLE 26 : RÉINTEGRATION DE LA COLLECTIVITÉ

La réintégration après la radiation prononcée par la **MUTUELLE** ne peut être acceptée que sur décision de la **MUTUELLE** statuant sur la demande de la **COLLECTIVITÉ** et sous réserve que celle-ci ait réglé tous ses arriérés de cotisations et se soit acquittée des frais de recouvrement, qui sont facturés à la **MUTUELLE** par l'organisme de recouvrement.

CHAPITRE 6 LITIGES

ARTICLE 27 : PRESCRIPTION

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant du **CONTRAT** existant entre le **MEMBRE PARTICIPANT** ou la **COLLECTIVITÉ** et la **MUTUELLE** sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du **MEMBRE PARTICIPANT** ou de la **COLLECTIVITÉ**, que du jour où la **MUTUELLE** en a eu connaissance;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les **MEMBRES PARTICIPANTS** en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du **MEMBRE PARTICIPANT**, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la **MUTUELLE** a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le **MEMBRE PARTICIPANT** ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à 10 ans lorsque, pour les opérations mentionnées à l'article L. 111- 1- 1°-b) du Code de la mutualité, le bénéficiaire n'est pas le **MEMBRE PARTICIPANT** et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du **MEMBRE PARTICIPANT** décédé.

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 ou d'un envoi recommandé électronique adressée par la **MUTUELLE** au **MEMBRE PARTICIPANT** ou à la **COLLECTIVITÉ**, 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 prestations.

ARTICLE 28 : INTERPRÉTATION DU CONTRAT

En cas de difficultés dans l'interprétation du **CONTRAT**, ou en cas de différence entre les Conditions particulières et les Conditions générales, ce sont les dispositions des Conditions particulières qui priment sur les Conditions générales.

ARTICLE 29 : RÉCLAMATION – MÉDIATION

En cas de questions ou réclamations concernant son affiliation ou son **CONTRAT**, le **MEMBRE PARTICIPANT** ou la **COLLECTIVITÉ** peut appeler l'accueil téléphonique de la **MUTUELLE** au 03.44.06.90.00 (métropole) ou 02.62.25.08.08 (Ile de La Réunion) en se munissant au préalable des caractéristiques de son **CONTRAT** ou son numéro d'adhérent, pour accélérer le traitement de sa demande. En cas de persistance du conflit, les réclamations peuvent être adressées au Service Réclamations de la **MUTUELLE** dans les conditions prévues à l'article 75 des Statuts.

Dans tous les cas de difficultés d'application ou d'interprétation des Conditions générales et Particulières et dans l'hypothèse où le **MEMBRE PARTICIPANT** ou la **COLLECTIVITÉ** et la **MUTUELLE** ne parviendraient pas à un accord, le **MEMBRE PARTICIPANT** ou la **COLLECTIVITÉ** peut faire appel au Médiateur de la **MUTUELLE** dans les conditions prévues à l'article 75 des Statuts.

➤ ARTICLE 30 : **DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME (LCB-FT)**

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, la **MUTUELLE** se doit de connaître au mieux les **MEMBRES PARTICIPANTS** et/ou la **COLLECTIVITÉ**.

La **MUTUELLE** est fondée, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux **MEMBRES PARTICIPANTS** et/ou la **COLLECTIVITÉ** certaines informations complémentaires, telles que la justification de l'origine des fonds versés à titre de paiement de leurs cotisations lorsque notamment leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil.

➤ ARTICLE 31 : **ATTRIBUTION DE JURIDICTION**

Dans l'hypothèse où le Médiateur ne pourrait pas rendre son arbitrage et/ou en cas de volonté de saisine des pouvoirs judiciaires, et plus généralement, faute de règlement amiable, tout désaccord survenant dans l'interprétation ou l'exécution du **CONTRAT** sera régi par les lois françaises, et sera porté devant les Tribunaux compétents français.

Pour la souscription et l'exécution du présent **CONTRAT**, les parties conviennent d'élire domicile en leurs sièges sociaux respectifs mentionnés dans les Conditions particulières.

Si le **SOUSCRIPTEUR** a son siège social en dehors du territoire français, il doit désigner sur le territoire français un représentant qui se porte garant de l'exécution du **CONTRAT**, notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations. >

DÉLAIS DE STAGE

Garantie	Code	Délai d'attente
Médecine et soins médicaux	S1	3 mois
Pharmacie	S1	3 mois
Hospitalisation	S1	3 mois
Chambre particulière et frais de séjours et d'accompagnement	S1	3 mois
Radio et analyses	S1	3 mois
Dentaire	S4	3 mois
Appareillage	S4	3 mois
Optique	S4	3 mois
Cure	S2	3 mois
Allocation naissance	S3	9 mois
Allocation enfant né sans vie	S3	9 mois
Allocation adoption	S3	9 mois
Allocation obsèques	S2	3 mois
Prévention	S1	3 mois
Assistance	S1	3 mois
Autres Garanties	S4	3 mois

Délais de stage applicables en cas d'adoption des garanties suivantes :

“Module Plus” et “Module Sup’ ” :

Le délai de stage commence à courir au premier jour de la prise d'effet de l'adhésion et est fixé à trois mois. En cas d'adhésion simultanée au (ou aux) module(s) et à la garantie de base, le délai de stage sera supprimé sur présentation d'un certificat de radiation d'un précédent organisme de complémentaire santé ou en cas de Régime obligatoire ; toute adhésion postérieure à l'adhésion principale se verra appliquer le délai de stage de trois mois.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Détail des typologies d'équipements optiques

Type d'équipement	Composition équipement
Équipement simple	Correction simple 1 monture + 2 verres simples
Équipement complexe	Correction simple / complexe 1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe
	Correction complexe 1 monture + 2 verres complexes
Équipement très complexe	Correction mixte complexe / très complexe 1 monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe
	Correction mixte simple / très complexe 1 monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe
	Correction très complexe 1 monture + 2 verres très complexes

Verres simples
Verres unifocaux Sphère -6 < +6 et cylindre < = 4

Verres complexes
Verres unifocaux Sphère -6 < +6 et cylindre > 4
ou verres multifocaux sphéro cylindriques sphère -8 < +8
ou verres multifocaux sphériques -4 < +4

Verres très complexes
Verres unifocaux Sphéro cylindriques sphère HZ-8 < + 8
ou verres multifocaux sphériques HZ -4 < +4

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (SUITE)

Liste des actes de prévention remboursés au moins au Ticket modérateur

Actes de prévention	
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006, listés ci-dessous, sont au moins remboursés au ticket modérateur :	
Détartrage annuel	Se référer au poste soins dentaires
Scellement des puits, sillons et fissures	Se référer au poste soins dentaires
Vaccinations prioritaires ⁽¹⁾	Se référer au poste pharmacie
Dépistage de l'Hépatite B	Se référer au poste examen de laboratoire
Dépistage des troubles de l'audition (audiométrie)	Se référer au poste actes techniques médicaux
Bilan du langage oral ou d'aptitude à l'acquisition du langage	Se référer au poste auxiliaires médicaux
Ostéodensitométrie remboursée par le R.O. - praticien adhérent et non adhérent au DPTM ⁽²⁾	Se référer au poste actes techniques médicaux

⁽¹⁾ Les vaccins obligatoires et les conditions de prise en charge sont précisés aux articles L.3111 et suivants du Code de la santé publique. CCMO Mutuelle applique la prise en charge prévue par le poste Pharmacie pour les vaccins remboursés par la Sécurité sociale. Le calendrier des vaccinations est publié après avis de la Haute Autorité de Santé.

⁽²⁾ Le DPTM (Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) est un dispositif par lequel le praticien s'engage à modérer ses tarifs. La prise en charge des dépassements d'honoraires des praticiens non adhérents au DPTM est au moins inférieure de 20% à celle des dépassements d'honoraires des praticiens adhérents au DPTM. Elle est limitée au maximum à 200%.

Liste des vaccins prescrits, non remboursés par le Régime obligatoire

Liste B - vaccinations prescrites non remboursées par le Régime Obligatoire
Méningoencéphalite à tiques
Hépatites A
Méningites à virus A
Leptospirose
Typhoïde
Fièvre jaune
Rage

CCMO MUTUELLE 6, AVENUE DU BEAUVAISIS PAE DU HAUT-VILLÉ - CS 50993 - 60014 BEAUVAIS CEDEX

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité - N° 780508073