

Conditions générales Frais de Santé



CONTRATS
COLLECTIFS
À AFFILIATION
OBLIGATOIRE OU
À ADHÉSION
FACULTATIVE

SOMMAIRE

TITRE I : DISPOSITIONS COMMUNES AUX CONTRATS COLLECTIFS À AFFILIATION OBLIGATOIRE OU À ADHÉSION FACULTATIVE	4
CHAPITRE 1 : GÉNÉRALITÉS	4
ARTICLE 1 : OBJET	4
ARTICLE 2 : DÉFINITIONS	4
CHAPITRE 2 : ADHÉSION	4
ARTICLE 3 : INFORMATION PRÉCONTRACTUELLE ET CONTRACTUELLE DE LA COLLECTIVITÉ	4
ARTICLE 4 : ADHÉSION DE LA COLLECTIVITÉ	5
ARTICLE 5 : MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES	5
➤ 5.1 Modifications concernant la COLLECTIVITÉ	5
➤ 5.2 Modifications concernant le MEMBRE PARTICIPANT	5
➤ 5.3 Fausse(s) déclaration(s)	5
ARTICLE 6 : PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES	5
➤ 6.1 Confidentialité des données personnelles	5
➤ 6.2 Clause de responsabilité	5
➤ 6.3 Sécurité des données personnelles	6
➤ 6.4 Consentement	6
➤ 6.5 Droits des personnes concernées	6
CHAPITRE 3 : PRINCIPE DE COTISATION	6
ARTICLE 7 : DETERMINATION DES COTISATIONS	6
ARTICLE 8 : REVALORISATION ET RÉVISION DES COTISATIONS	6
➤ 8.1 Revalorisation des cotisations	6
➤ 8.2 Révision des cotisations	6
ARTICLE 9 : PAIEMENT DES COTISATIONS	7
➤ 9.1 Règlement des cotisations par la COLLECTIVITÉ	7
➤ 9.2 Précompte ou non des cotisations par la COLLECTIVITÉ	7
➤ 9.3 Règlement de la cotisation par le MEMBRE PARTICIPANT	7
➤ 9.4 Incident de paiement	7
➤ 9.5 Défaut de paiement	7
➤ 9.6 Procédures collectives	7
CHAPITRE 4 : GARANTIES - PRESTATIONS	8
ARTICLE 10 : RÈGLES GÉNÉRALES DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ	8
➤ 10.1 Définition des prestations	8
➤ 10.2 Soins dispensés à l'étranger	8
➤ 10.3 Médecines douces et autres thérapies non remboursées par le Régime obligatoire	8
➤ 10.4 Garanties en inclusion	8
➤ 10.5 Lutte contre la fraude à l'assurance	8
ARTICLE 11 : CONTRAT RESPONSABLE, PANIERS 100% SANTÉ, PANIER MINIMUM DE GARANTIES ET RESPECT DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS	9
➤ 11.1 Définition des paniers 100% Santé	9
➤ 11.2 Périmètre de couverture des contrats complémentaires responsables	9
➤ 11.3 Non-respect du parcours de soins coordonnés (PSC)	9
➤ 11.4 Application du panier minimum de garanties	9
➤ 11.5 Renouvellement des équipements optiques et aides auditives	9
➤ 11.6 Téléconsultation médicale	9
ARTICLE 12 : SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL ET OUVERTURE OU NON DES DROITS AU MAINTIEN DES GARANTIES	9
➤ 12.1 Suspension du contrat de travail indemnisé	9
➤ 12.2 Suspension du contrat de travail non indemnisé	9
ARTICLE 13 : GARANTIES EXCLUES	10
ARTICLE 14 : CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	10
ARTICLE 15 : MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	10
➤ 15.1 Règlement des prestations	10
➤ 15.2 Contrats multiples	12
➤ 15.3 Règlement à un tiers, tiers payant	12
➤ 15.4 Modalités de prise en charge des prestations, hors tiers payant	13
ARTICLE 16 : PLAFONDS PROGRESSIFS DES SOINS PROTHÉTIQUES ET DES IMPLANTS DENTAIRES	13
ARTICLE 17 : PRESTATIONS INDUES	13
ARTICLE 18 : SUBROGATION	13

CHAPITRE 5 : RÉSILIATION DU CONTRAT	13
ARTICLE 19 : RÉSILIATION À L'INITIATIVE DE LA COLLECTIVITÉ	13
ARTICLE 20 : RÉSILIATION À L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT	14
ARTICLE 21 : REINTEGRATION DE LA COLLECTIVITÉ OU DU MEMBRE PARTICIPANT	14
ARTICLE 22 : MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE LA PORTABILITÉ DES DROITS	14
➤ 22.1 MEMBRES PARTICIPANTS éligibles au dispositif	14
➤ 22.2 Obligations de la COLLECTIVITÉ	14
➤ 22.3 Obligations de l'ancien salarié	14
➤ 22.4 Cessation des droits à portabilité	14
CHAPITRE 6 : LITIGES	14
ARTICLE 23 : PRESCRIPTION	14
ARTICLE 24 : INTERPRÉTATION DU CONTRAT	15
ARTICLE 25 : RÉCLAMATION - MÉDIATION	15
➤ 25.1 Réclamation	15
➤ 25.2 Médiation	15
ARTICLE 26 : DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME (LCB-FT)	15
ARTICLE 27 : ATTRIBUTION DE JURIDICTION	15
TITRE II : DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS À AFFILIATION OBLIGATOIRE	15
CHAPITRE 1 : AFFILIATION DES MEMBRES PARTICIPANTS	15
ARTICLE 28 : DÉCLARATIONS DE LA COLLECTIVITÉ	15
ARTICLE 29 : MODALITÉS D'AFFILIATION DES MEMBRES PARTICIPANTS	16
➤ 29.1 Conditions d'affiliation du MEMBRE PARTICIPANT	16
➤ 29.2 Date d'effet de l'affiliation et prise d'effet des garanties	16
➤ 29.3 Ouverture des droits	17
➤ 29.4 Cessation des droits	17
ARTICLE 30 : DÉLAIS DE CARENCE	17
➤ 30.1 Cas général	17
➤ 30.2 Changement de garantie	17
➤ 30.3 Absence de délais de carence	17
➤ 30.4 Mutation	17
ARTICLE 31 : MAINTIEN DES DROITS AU TITRE DE LA LOI ÉVIN	17
CHAPITRE 2 : RÉSILIATION DU CONTRAT	18
ARTICLE 32 : RÉSILIATION À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE	18
TITRE III : DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS À ADHÉSION FACULTATIVE	18
CHAPITRE 1 : ADHÉSION ET RADIATION DES MEMBRES PARTICIPANTS	18
ARTICLE 33 : DÉCLARATIONS DE LA COLLECTIVITÉ	18
ARTICLE 34 : MODALITÉS D'ADHÉSION DES MEMBRES PARTICIPANTS	18
➤ 34.1 Conditions d'adhésion du MEMBRE PARTICIPANT	18
➤ 34.2 Date d'effet de l'adhésion et prise d'effet des garanties	18
➤ 34.3 Droit de renonciation	19
➤ 34.4 Ouverture des droits	19
➤ 34.5 Cessation des droits	19
ARTICLE 35 : DÉLAIS DE CARENCE	19
➤ 35.1 Cas général	19
➤ 35.2 Changement de garantie	19
➤ 35.3 Absence de délais de carence	19
➤ 35.4 Mutation	20
CHAPITRE 2 : RÉSILIATION DU CONTRAT	20
ARTICLE 36 : RÉSILIATION À L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT	20
ARTICLE 37 : RÉSILIATION À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE	20
TITRE IV : DÉLAIS DE CARENCE DES CONTRATS COLLECTIFS À AFFILIATION OBLIGATOIRE OU À ADHÉSION FACULTATIVE ET INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	21
➤ 1 Délais de carence Contrats collectifs à affiliation obligatoire	21
➤ 2 Délais de carence Contrats collectifs à adhésion facultative	21
➤ 3 Pièces justificatives à joindre aux demandes de remboursement	22
➤ 4 Encadrement réglementaire des remboursements optiques, aides auditives et dépassements d'honoraires des médecins non adhérents DPTM	23
➤ 5 Liste des vaccins prescrits, non remboursés par le Régime obligatoire	23

Conditions générales

Contrats collectifs à affiliation obligatoire ou à adhésion facultative

TITRE I DISPOSITIONS COMMUNES AUX CONTRATS COLLECTIFS À AFFILIATION OBLIGATOIRE OU À ADHÉSION FACULTATIVE

CHAPITRE 1 GÉNÉRALITES

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.

Le **CONTRAT** peut être qualifié de **CONTRAT « socle »**. Il intervient immédiatement après la prise en charge de l'Assurance Maladie obligatoire.

Il peut être souscrit au titre d'un **CONTRAT** surcomplémentaire. Il intervient dans ce cas explicitement après le **CONTRAT « socle »**. Il s'agit d'un **CONTRAT** juridiquement distinct du **CONTRAT « socle »**.

Un **CONTRAT** avec des garanties optionnelles est un **CONTRAT** unique : ces garanties optionnelles, en plus des garanties de base, ne peuvent pas être considérées comme constituant des contrats surcomplémentaires.

ARTICLE 2 : DÉFINITIONS

- 1. la **MUTUELLE** ou CCMO Mutuelle,
- 2. la **COLLECTIVITÉ** : l'employeur, personne physique ou morale ou toute structure juridique qui lui est rattachée, ou bien personne morale agissant dans l'intérêt de ses membres (Association, CSE, etc.), **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 AFFILIABLE** : la catégorie de personnes physiques salariées ou membres de la **COLLECTIVITÉ** pouvant adhérer à la **MUTUELLE**, telle que définie dans les Conditions particulières,
- 6. l'**AFFILIATION OBLIGATOIRE DU SALARIÉ** : elle correspond à l'affiliation du salarié aux garanties de base prévues par le contrat collectif obligatoire souscrit par son employeur,
- 7. l'**ADHÉSION FACULTATIVE DU SALARIÉ OU DU MEMBRE PARTICIPANT** : elle correspond :
 - Soit à l'adhésion par le salarié, en plus des garanties de base prévues par le contrat collectif obligatoire mis en place par son employeur, à la souscription de garanties optionnelles ou d'options dites individuelles, prévues par ce même contrat collectif,
 - Soit à l'adhésion du membre participant à un contrat collectif facultatif souscrit par la Collectivité,
- 8. le **MEMBRE PARTICIPANT**, parfois dénommé l'Adhérent : la personne physique salariée ou personne membre de la **COLLECTIVITÉ** ouvrant droit pour elle-même et ses ayants droit, conformément aux Statuts, au bénéfice des garanties mutualistes,
- 9. 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**,

- 10. les **BÉNÉFICIAIRES** : l'ensemble des **MEMBRES PARTICIPANTS** et de leurs **AYANTS DROIT** bénéficiant des garanties mutualistes,
- 11. le **MEMBRE HONORAIRE** : la **COLLECTIVITÉ**,
- 12. 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**,
- 13. 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**,
- 14. la **GARANTIE STANDARD** : garantie appartenant à une gamme pré-définie par la **MUTUELLE** de garanties mutualistes qui peuvent être souscrites par toute **COLLECTIVITÉ**,
- 15. 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 en application d'une convention collective,
- 16. 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 dues 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** et aux cotisations. Ces données sont à intégrer dans le logiciel de paie et servent à configurer la transmission des **DSN**,
- 17. le **PSC** : le Parcours de Soins Coordonnés est le parcours que l'assuré social effectue pour bénéficier de soins par un médecin ou par un spécialiste. Il s'applique si l'assuré social 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 les Régimes obligatoires.

CHAPITRE 2 ADHÉSION

ARTICLE 3 : INFORMATION PRÉCONTRACTUELLE ET CONTRACTUELLE DE LA COLLECTIVITÉ

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, une fiche d'information, dite fiche « IPID », qui décrit ses droits et obligations et une fiche conseil.

Il est précisé 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 et des Conditions générales à affiliation obligatoire ou à adhésion facultative ainsi que des Statuts en vigueur à la date de signature du **CONTRAT**.

Les Conditions particulières priment sur les Conditions générales.

Dès la signature du **CONTRAT**, le **SOUSCRIPTEUR** consent à recevoir de la **MUTUELLE** une lettre recommandée électronique. En cas de refus, la **MUTUELLE** enverra la lettre recommandée au format papier par voie postale.

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 : 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** ou par l'ensemble des **MEMBRES PARTICIPANTS** 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 initiale de 12 mois, s'échelonne de sa date d'effet à une échéance précisée dans les Conditions particulières. Il est ensuite renouvelé par tacite reconduction chaque année.

Pour la bonne exécution 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**.
- la **COLLECTIVITÉ** doit disposer d'un compte bancaire ouvert auprès d'un établissement de crédit ne se situant pas dans un des pays jugés à risques par le GAFI (Groupe d'Action Financière).

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

ARTICLE 5 : MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES

5.1 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.

La **COLLECTIVITÉ** s'engage, durant l'exécution du **CONTRAT**, à informer la **MUTUELLE** dans les meilleurs délais de toute modification ayant une incidence sur la gestion du contrat frais de santé (exemple : coordonnées bancaires). En outre, elle s'engage à lui communiquer tout document se rapportant à une liquidation amiable, à une cession, fusion, absorption, à un transfert universel de patrimoine, etc.

5.2 Modifications concernant le MEMBRE PARTICIPANT

Le **MEMBRE PARTICIPANT** est le seul habilité à modifier les conditions de son contrat et celles de ses ayants droit. Il doit communiquer à la **MUTUELLE** ou 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.

Tout changement de coordonnées bancaires doit être signalé à la **MUTUELLE** au plus tard le 20 du mois qui précède la date de prélèvement, afin d'éviter un risque de rejet et donc les frais y afférents.

Ces formalités sont effectuées soit :

- par la **COLLECTIVITÉ**, par l'intermédiaire de la **DSN** ou de la fiche de liaison ou encore par le biais du site internet de la **MUTUELLE** sur l'espace sécurisé dédié à la **COLLECTIVITÉ** ;

- par le **MEMBRE PARTICIPANT**, par voie postale ou par courrier électronique ou sur son espace sécurisé accessible via le site internet de la **MUTUELLE**.

La copie des pièces transmises, ci-avant mentionnées, 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.

5.3 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** ou le **MEMBRE PARTICIPANT** pour le recouvrement des prestations indûment payées.

ARTICLE 6 : PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les **PARTIES** au **CONTRAT** s'engagent, dans le cadre de leurs relations contractuelles, à respecter la réglementation en vigueur applicable au traitement des données à caractère personnel et, en particulier, le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018 (ci-après, « RGPD ») et la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée.

Les informations relatives aux personnes physiques couvertes par le présent **CONTRAT** collectif frais de santé sont des données à caractère personnel au sens de l'article 4 du RGPD et sont protégées à ce titre par les dispositions précitées.

6.1 Confidentialité des données personnelles

Les données à caractère personnel sont considérées comme des informations confidentielles dans le cadre du présent **CONTRAT** collectif.

Les **PARTIES** s'obligent à prendre toutes les mesures nécessaires au respect de la confidentialité des données à caractère personnel.

Elles s'engagent à faire respecter cette obligation par leurs employés et les employés de leurs éventuels sous-traitants en les liant par une obligation de confidentialité.

Les **PARTIES** s'engagent à ce que les employés qui traiteront des données à caractère personnel soient soumis à une obligation de confidentialité et reçoivent une formation appropriée pour le traitement de ces données.

6.2 Clause de responsabilité

Chacune des **PARTIES** est responsable du traitement qu'elle met en œuvre :

- La **COLLECTIVITÉ** est responsable du traitement de données à caractère personnel en sa qualité de souscripteur du présent **CONTRAT** collectif frais de santé,
- La **MUTUELLE** est responsable du traitement de données à caractère personnel en tant qu'organisme assurant la (les) catégorie(s) affiliée(s) au présent **CONTRAT** collectif frais de santé.

Les **PARTIES** réalisant des traitements de données à caractère personnel distincts, agissent comme Responsables de traitement distincts.

Si la réalisation de l'objet du **CONTRAT** implique l'échange de données à caractère personnel, chaque **PARTIE** s'engage respectivement au respect de cette réglementation, que ce soit au moment de la collecte ou lors du traitement secondaire des données.

Chaque **PARTIE** garantit l'autre **PARTIE** contre toute réclamation d'une personne concernée résultant d'un manquement à la réglementation applicable en matière de données à caractère personnel qui lui causerait un préjudice.

➤ 6.3 Sécurité des données personnelles

Les **PARTIES** s'engagent à mettre en œuvre les mesures techniques et organisationnelles visant à assurer la sécurité de leur propre traitement conformément à la réglementation applicable en matière de données personnelles.

Elle s'applique à leurs outils, produits, applications ou services, aux principes de protection des données, dès la conception et de protection des données par défaut.

Chaque **PARTIE** s'engage à notifier à l'autre **PARTIE** toute violation de la sécurité, et ce, dans les plus brefs délais, conformément au droit positif en la matière après en avoir pris connaissance, et de coopérer ensuite avec l'autre **PARTIE** afin de lui permettre de respecter ses obligations à cet égard.

➤ 6.4 Consentement

Par la signature du **CONTRAT**, le représentant légal 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. Elles sont dûment informées que les traitements de données personnelles, mis en œuvre par la **MUTUELLE** au titre du **CONTRAT**, ont pour finalités la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la prospection commerciale; l'amélioration du service au client; les études statistiques, enquêtes et sondages; la mise en place d'actions de prévention; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur; la lutte contre la fraude pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude; la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

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.

En cas de vente à distance par téléphone entrant dans le champ d'application de l'article L.112-2-2 du Code des assurances, il est précisé que conformément à l'article susvisé la **MUTUELLE** enregistre, conserve et garantit la traçabilité de l'intégralité des communications téléphoniques intervenues avant la conclusion du contrat d'assurance, pendant une période de deux années, et ce, aux fins de contrôle par les agents de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution et à la Direction générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des fraudes.

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 peuvent être transmises, si et seulement si cela est nécessaire aux personnes intervenant au **CONTRAT** (avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins-conseils et le personnel habilité), aux organismes sociaux ou aux tiers autorisés, ainsi qu'aux personnes intéressées au **CONTRAT**.

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).

➤ 6.5 Droits des personnes concernées

Les **PARTIES** s'engagent à répondre aux demandes de droits RGPD dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur et à en informer l'autre **PARTIE**, le cas échéant. A ce titre, la personne concernée peut demander à la **MUTUELLE** 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).

CHAPITRE 3 PRINCIPE DE COTISATION

➤ ARTICLE 7 : DÉTERMINATION DES COTISATIONS

Toute **COLLECTIVITÉ** 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.

Pour les Agents relevant des Collectivités Territoriales et bénéficiaires de garanties labellisées, une majoration des cotisations de 2% pour toute année non cotisée postérieurement à l'âge de 30 ans sera appliquée aux Agents et retraités qui adhèreraient tardivement à un contrat labellisé. Cette majoration ne sera appliquée pour les nouveaux Agents qu'à l'issue des deux premières années suivant leur entrée dans la fonction publique.

S'agissant des Agents en fonction à la publication des dispositions réglementaires et pour les retraités, cette majoration de 2% n'interviendra qu'à compter de la 2^{ème} année suivant la publication de la liste des contrats labellisés, soit à compter du 31 août 2014.

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.

Les cotisations peuvent être modulées en fonction de critères définis à l'article L.110-2 du Code de la Mutualité.

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 8 : REVALORISATION ET RÉVISION DES COTISATIONS

➤ 8.1 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 ou le Dirigeant opérationnel agissant sur délégation du Conseil d'administration.

➤ 8.2 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, le Conseil d'administration pouvant déléguer ses pouvoirs au Dirigeant opérationnel.

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.

9.1 Règlement des cotisations par la COLLECTIVITÉ

Les cotisations sont payables selon les modalités fixées dans les Conditions particulières. Un appel de cotisations 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 ou trimestriellement 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, par 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.

9.2 Précompte ou non des cotisations par la COLLECTIVITÉ

Règlement en part collective :

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.

Règlement en part mixte :

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.

9.3 Règlement de la cotisation par le MEMBRE PARTICIPANT

Lorsque le **MEMBRE PARTICIPANT** règle la totalité des cotisations à la **MUTUELLE**, ce dernier est seul responsable vis-à-vis de la **MUTUELLE** du paiement de ses cotisations.

Le **MEMBRE PARTICIPANT** reçoit son appel de cotisation à l'adhésion puis une fois par an ou tous les semestres avec son échéancier de règlement (avant le 1^{er} janvier ou 1^{er} juillet). Il peut fractionner le montant de la cotisation due dans les conditions exposées à l'alinéa suivant.

Le **MEMBRE PARTICIPANT** a la possibilité de choisir sa périodicité de règlement des cotisations (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle). Ces différentes possibilités constituent une facilité de paiement accordée par la **MUTUELLE** à ses **MEMBRES PARTICIPANTS**, sans que cela n'altère le principe d'annualité de la cotisation.

Les cotisations sont payables d'avance par mois, trimestre, semestre ou année.

Toute année commencée est due, sauf en cas de :

- résiliation infra-annuelle selon les conditions mentionnées à l'article 36 des présentes conditions générales,
- décès du **MEMBRE PARTICIPANT** ou de l'ayant droit, et sous réserve de la structure tarifaire de la (des) garanties(s).

En cas de paiement mensuel, le prélèvement est obligatoire. Par exception, en cas d'impayés, le règlement par chèque devient la règle.

Le paiement des cotisations s'effectue :

- Par chèque établi à l'ordre de CCMO Mutuelle, par virement sur le compte bancaire ou postal de la **MUTUELLE**. Dans ce cas, un relevé d'identité bancaire sera fourni au **MEMBRE PARTICIPANT** sur simple demande,
- En espèces (dans la limite de 1.000 € conformément à l'article L.112-6 du Code monétaire et financier) ou par carte bancaire dans l'une des agences de la **MUTUELLE** ou en appelant au 03 44 06 90 00.

Tout paiement doit être accompagné de la vignette d'identification qui se situe sur l'appel de cotisation, afin de faciliter l'affectation du règlement et permettre ainsi l'ouverture des droits et l'envoi de la carte de tiers payant.

Il n'est pas accusé réception aux règlements, sauf en cas de règlement en espèces pour lesquels un reçu est remis au **MEMBRE PARTICIPANT**. En cas de règlement par carte bancaire, le ticket ou le numéro de transaction lui est transmis.

Le paiement des cotisations par prélèvement est subordonné à l'autorisation préalable du **MEMBRE PARTICIPANT** à savoir la communication à la **MUTUELLE** du mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire. Le passage à ce mode de règlement est possible, à tout moment, sous réserve d'un préavis d'un mois pour une date d'effet au premier jour du semestre ou du trimestre civil suivant la demande ; celui-ci doit, dans cette hypothèse, être à jour de ses cotisations au semestre ou au trimestre civil.

La cotisation est prélevée le 5 ou le 10 du mois ou le jour ouvrable le plus proche du 5 ou du 10 du mois. Le choix de la date de prélèvement appartient au **MEMBRE PARTICIPANT** lors de son adhésion.

En cas d'adhésion à distance, l'encaissement de la première cotisation pourra faire l'objet d'un double prélèvement en raison du délai constaté entre la date de prise d'effet du contrat et la date d'enregistrement effective du dossier d'adhésion par les services de la **MUTUELLE**. Le double prélèvement correspondra au montant de la cotisation du mois de prise d'effet de l'adhésion, augmenté du montant de la cotisation du mois suivant. Toutefois, le **MEMBRE PARTICIPANT** peut demander à régler sa première cotisation en contactant le service « Relation Adhérents » au 03.44.06.90.00.

9.4 Incident de paiement

En cas d'impayé du prélèvement pour motif « sans provision », la **COLLECTIVITÉ** ou le **MEMBRE PARTICIPANT** 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** ou du **MEMBRE PARTICIPANT** 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** ou le **MEMBRE PARTICIPANT** selon les procédures précontentieuses prévues ci-après.

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

9.5 Défaut de paiement

Les modalités de règlement des cotisations sont détaillées à l'article 13 ci-avant, du présent règlement.

En cas de défaut de paiement, la Mutuelle se réserve, conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la mutualité, pour les opérations individuelles, le droit de :

- recouvrer les cotisations auprès du membre participant,
- suspendre la garantie en cas de non-paiement constaté trente jours après l'envoi de la mise en demeure,
- résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai précité de trente jours.

En cas d'envoi d'une mise en demeure, le membre participant devra verser à la Mutuelle une somme supplémentaire forfaitaire de 20 € par mise en demeure, correspondant aux frais de gestion du dossier. Ce montant est fixé par le Conseil d'administration de la Mutuelle.

Les modalités de la radiation du membre participant sont prévues à l'article 29 du présent règlement.

9.6 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.

L'ouverture d'une procédure de liquidation judiciaire n'entraîne pas automatiquement la résiliation du **CONTRAT** frais de santé.

En revanche, dès lors que la liquidation judiciaire est prononcée, celle-ci, entraînant de fait la disparition de l'entreprise, met fin à la portabilité des

droits. En effet, le maintien des droits implique que le **CONTRAT** liant l'employeur à la **MUTUELLE** ne soit pas résilié.

Ainsi, à compter du jugement d'ouverture de la liquidation judiciaire, la MUTUELLE adresse au Liquidateur judiciaire une mise en demeure de prendre position sur la poursuite ou non du CONTRAT, ce dernier disposant d'un délai d'un mois pour faire part à la MUTUELLE de sa décision. Passé ce délai, sans réponse de celui-ci, le CONTRAT est résilié de plein droit.

Si le Liquidateur judiciaire décide, dans ce délai d'un mois, de poursuivre le **CONTRAT**, 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 pour acquittement.

Dans ce cas, le Liquidateur devra verser à la MUTUELLE l'entière cotisation de tous les anciens salariés bénéficiant du maintien des droits. À défaut, les garanties seront suspendues 30 jours après l'envoi d'une mise en demeure au Liquidateur et le CONTRAT sera de plein droit résilié 40 jours à compter de la date de réception de ladite mise en demeure, mettant un terme à la portabilité des droits des anciens salariés.

CHAPITRE 4 GARANTIES – PRESTATIONS

ARTICLE 10 : RÈGLES GÉNÉRALES DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ

10.1 Définition des prestations

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.

Les remboursements complémentaires de CCMO Mutuelle interviennent sur des prestations prises en charge par le Régime obligatoire, sauf indication contraire mentionnée au tableau de garanties. Ils peuvent être exprimés en % de la base de remboursement du Régime obligatoire (BR), en % du PMSS, en euros ou au ticket modérateur (TM).

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).

10.2 Soins dispensés à l'étranger

La **MUTUELLE** peut prendre en charge les soins dispensés à l'étranger à la seule condition qu'ils soient remboursés par la Sécurité sociale française et selon les dispositions particulières prévues dans les tableaux de garantie et selon les modalités suivantes :

- Sur présentation de l'original :
 - Du remboursement de l'Assurance Maladie ;
 - Ainsi que, le cas échéant, du décompte du premier organisme complémentaire.
- Sur présentation de l'original ou de la copie :
 - Des factures acquittées ;
 - Des prescriptions médicales.

La **MUTUELLE** rembourse le bénéficiaire sur la base des informations transmises par le Régime obligatoire (montants des dépenses retenues et tarifs de remboursement appliqués par le Régime obligatoire) à hauteur de la prestation indiquée sur le tableau des garanties au poste « Soins transmis par la Sécurité sociale et dispensés à l'étranger » et ce, qu'elle que soit la nature et le montant de la dépense engagée. Les soins dispensés à l'étranger et non remboursés par la Sécurité sociale française ne sont pas pris en charge par la **MUTUELLE**.

10.3 Médecines douces et autres thérapies non remboursées par le Régime obligatoire

Les garanties souscrites peuvent prévoir le remboursement de tout ou partie de consultations liées à des actes de médecine douce ou de thérapies réalisés par des praticiens agréés dont la spécialité ou la pratique ne fait pas toujours l'objet d'une prise en charge par le Régime obligatoire. Toutefois, afin de garantir une qualité de soins au Membre participant et à ses ayants droit, la Mutuelle verse

des prestations si ces praticiens répondent aux critères ci-après mentionnés.

La Mutuelle rembourse le bénéficiaire pour des actes de médecines douces ou de thérapies identifiés dans ses tableaux de garanties, réalisés en France sur présentation d'une facture originale acquittée comportant obligatoirement les indications suivantes :

- Les références complètes du professionnel de santé (nom, prénom, adresse, n° RPPS - Répertoire Partagé des Professionnels de Santé - ou Finess) ;
- L'identification complète du bénéficiaire ayant reçu les soins (n° RO, nom, prénom).

La Mutuelle se réserve le droit de demander tous justificatifs établissant la qualification et le statut du praticien.

10.4 Garanties en inclusion

Les **MEMBRES PARTICIPANTS** bénéficient de prestations assurées par d'autres organismes assureurs ou de services en inclusion, sauf mention contraire exprimée dans le tableau de garantie.

Ainsi, une garantie « Assistance » et un service de « Téléconsultation médicale » peuvent être inclus dans les garanties frais de santé.

L'accès à une solution logicielle de téléconsultation médicale, délivré par des professionnels de santé agréés et respectant les conditions de prises en charge du Régime obligatoire, ne se substitue pas à une consultation médicale physique mais consiste à mettre en relation des professionnels de santé avec les membres participants. Lorsque la prestation est incluse dans la garantie souscrite, elle est mentionnée dans le tableau de garanties et est comprise dans la cotisation.

La **MUTUELLE** a par ailleurs mis en place un Pack Prévention et Services Santé sur option choisie par le souscripteur du contrat collectif. Ce pack comprend des dispositifs de prévention proposés par des prestataires distincts et une aide exceptionnelle pour pallier les difficultés financières personnelles ou professionnelles. Les dossiers relevant de cette aide sont analysés par une Commission spécifique au sein de la **MUTUELLE** de manière anonyme et dans le respect des droits des adhérents. Les prestations du Pack Prévention et Services Santé sont déployées grâce à un fonds commun auquel toutes les entreprises, ayant opté pour ce pack, participent financièrement au titre de la garantie de base obligatoire souscrite.

Les conditions sont précisées soit dans la notice d'information remis à l'adhésion et disponible sur l'espace sécurisé du site internet de la **MUTUELLE**, soit dans les Conditions générales d'utilisation disponibles sur le site internet des prestataires.

10.5 Lutte contre la fraude à l'assurance

10-5-1 Définition de la fraude

La fraude se définit comme tout acte intentionnel commis par le **MEMBRE PARTICIPANT** et/ou par un Professionnel de santé tendant à tirer du contrat d'assurance souscrit auprès de la **MUTUELLE** un profit illégitime causant un préjudice à cette dernière. Il est précisé que la preuve de la fraude incombe à la **MUTUELLE**.

En cas de suspicion de fraude aux prestations, la **MUTUELLE** se réserve la possibilité d'effectuer des contrôles, diligenter des expertises médicales et/ou de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires au **MEMBRE PARTICIPANT** et/ou au Professionnel de santé intéressés.

10-5-2 Fraude à l'initiative du MEMBRE PARTICIPANT

La fraude à l'initiative du **MEMBRE PARTICIPANT** emporte la **DÉCHÉANCE DU DROIT A GARANTIE** du **MEMBRE PARTICIPANT**, c'est-à-dire la perte de son droit à bénéficier de garanties.

Aussi, le **MEMBRE PARTICIPANT** ne bénéficiera plus du remboursement des prestations santé au titre du contrat d'assurance souscrit auprès de la **MUTUELLE** et est exposé à l'application de la procédure d'exclusion de la **MUTUELLE** prévue à l'article 15 des Statuts.

En outre, la **MUTUELLE** se réserve le droit de mener toutes actions judiciaires et judiciaires civiles et pénales permettant notamment de récupérer les prestations indûment réglées.

10-5-3 Fraude à l'initiative du Professionnel de santé

Lorsque la fraude est à l'initiative du Professionnel de santé et porte particulièrement sur les remboursements effectués dans le cadre des dispositions prévues aux présentes Conditions générales à l'article « **REGLEMENT A UN TIERS** », des poursuites judiciaires pourront être engagées à son encontre.

En cas de collusion entre le **MEMBRE PARTICIPANT** et le Professionnel santé, leurs responsabilités respectives seront engagées dans les conditions précisées au présent article.

ARTICLE 11: **CONTRAT RESPONSABLE, PANIERS 100% SANTÉ, PANIER MINIMUM DE GARANTIES ET RESPECT DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS**

11.1 Définition des paniers 100% Santé

Le 100% Santé est un dispositif par lequel les **MEMBRES PARTICIPANTS** couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par le Régime obligatoire et la **MUTUELLE**, donc sans frais restant à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés. Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100% Santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, les opticiens, les audioprothésistes et les chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% Santé ».

Les contrats complémentaires santé responsables remboursent obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par le Régime obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « 100% Santé », identifiés comme tels dans le tableau de garanties présentant les garanties souscrites.

11.2 Périmètre de couverture des contrats complémentaires responsables

Le cahier des charges du contrat responsable est fixé par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. Toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires aux articles précités seraient sans effet et réputées non écrites, sauf mentions contraires expressément prévues aux Conditions particulières du **CONTRAT**.

Ainsi, conformément à ces articles, la (les) garantie(s) au contrat responsable prévoi(en)t :

- De couvrir au titre du contrat d'assurance maladie complémentaire :
 - Le ticket modérateur (TM) pour les soins de ville selon le respect du parcours de soins coordonnés. Toutefois, la prise en charge du TM n'est pas obligatoire pour la cure thermique, les médicaments pris en charge à 15% ou 30% par le Régime obligatoire, ainsi que pour les spécialités et préparations homéopathiques ;
 - Le ticket modérateur pour les frais d'hospitalisation et l'intégralité du forfait journalier hospitalier ;
 - La prise en charge intégrale des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins 100% Santé ;
 - Un niveau de garanties minimum correspondant au panier de soins « 100% » pour les lunettes, une partie des soins et prothèses dentaires et certaines aides auditives, dans la limite des tarifs maximums prévus dans le cadre du 100% Santé.
- D'encadrer par des planchers et des plafonds au titre du contrat d'assurance maladie complémentaire responsable la prise en charge (cf. *Titre IV – informations complémentaires*) :
 - Des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) ;
 - Des équipements d'optique médicale et des aides auditives autres que 100% Santé.

Une couverture complémentaire santé responsable prend en charge tous les actes de prévention considérés comme prioritaires par le Ministère de la Santé pour lesquels un ticket modérateur est appliqué.

11.3 Non-respect du parcours de soins coordonnés (PSC)

En cas de non-respect du PSC, et conformément aux limites de remboursement applicables dans le cadre des dispositions du contrat responsable, 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 praticiens 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 praticiens 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.

11.4 Application du panier minimum de garanties

Cette disposition est applicable exclusivement aux **MEMBRES PARTICIPANTS** ayant le statut de salarié au sein de la **COLLECTIVITÉ**.

Sauf dispositions contraires prévues aux Conditions particulières, les garanties choisies respectent le panier minimum de garanties prévues par les articles L.911-1, L.911-7, D.911-1 à D.911-3 du Code de la Sécurité sociale.

11.5 Renouvellement des équipements optiques et aides auditives

Une couverture complémentaire santé responsable doit respecter les délais de renouvellement des équipements optiques et aides auditives :

- Deux ans pour les équipements optiques pour les bénéficiaires âgés de 16 ans et plus à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement, sauf cas dérogatoires prévus par la réglementation,
- Quatre ans pour les aides auditives, par oreille, à compter de la date de facturation de l'aide auditive, sauf cas dérogatoires prévus par la réglementation.

La **MUTUELLE** s'appuie sur le remboursement effectué par le Régime obligatoire, actant l'acceptation du renouvellement, pour procéder au remboursement complémentaire. Le refus ou l'annulation du renouvellement décidé par le Régime obligatoire s'impose à la **MUTUELLE**.

11.6 Téléconsultation médicale

La **MUTUELLE** prend en charge le ticket modérateur des actes de consultation liés au dispositif de téléconsultation médicale après intervention du Régime obligatoire. Les informations relatives au remboursement des téléconsultations sont consultables sur le décompte de remboursement de la Sécurité sociale.

Sauf exception, le Régime obligatoire rembourse le dispositif de téléconsultation médicale sous les conditions suivantes :

- La téléconsultation doit s'intégrer au parcours de soins c'est à dire être pratiquée par le médecin traitant du patient ou par un praticien vers lequel le patient a été orienté par son médecin traitant,
- Le praticien doit avoir reçu le patient en consultation physique dans les 12 mois qui précèdent la téléconsultation.

En l'absence de tiers payant, l'adhérent procède au paiement en ligne via un système de télépaiement mais peut également régler la séance par virement bancaire ou par chèque

ARTICLE 12: **SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL ET OUVERTURE OU NON DES DROITS AU MAINTIEN DES GARANTIES**

12.1 Suspension du contrat de travail indemnisé

Les garanties d'un régime complémentaire santé collectif et obligatoire mises en place par la **COLLECTIVITÉ** sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- soit de garanties de protection sociale complémentaire hors prestations de retraite supplémentaire, d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité,...).

La participation de l'employeur est maintenue pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Le salarié dont le contrat de travail est suspendu doit acquitter la part salariale de la cotisation.

12.2 Suspension du contrat de travail non indemnisé

Sous réserve que la **MUTUELLE** ait été informée par la **COLLECTIVITÉ** de la suspension du contrat de travail de son salarié qu'elle n'indemnise pas dans les

conditions visées à l'article 12.1, les garanties sont suspendues de plein droit, 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.

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. Les modalités de ce maintien devront être fixées dans l'acte fondateur (Accord collectif, DUE, Référendum) de la COLLECTIVITÉ. La COLLECTIVITÉ devra en informer la MUTUELLE.

ARTICLE 13: 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 la (les) garantie(s) souscrite(s).

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 définies 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 déduite par le Régime obligatoire à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation ;
- les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés (la majoration du ticket modérateur, la franchise sur les dépassements d'honoraires) ;
- les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires fixées par les dispositions du Code de la Sécurité sociale ;
- le coefficient de minoration appliqué au titre de l'article L.322-5 du Code de la Sécurité sociale en cas de refus du MEMBRE PARTICIPANT d'une solution de transport sanitaire partagé tel qu'exposé par l'article susvisé.

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 et limitée au maximum à 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Ne donnent pas droit également aux garanties de la mutuelle, tous les frais résultant des événements suivants ou de leurs suites et conséquences :

- Chambre particulière en établissement psychiatrique au-delà du 45^{ème} jour par année civile ;
- Chambre particulière en cure de désintoxication (quelle qu'en soit la nature) au-delà du 45^{ème} jour par année civile ;
- Actes hors nomenclature du Régime obligatoire de l'adhérent et/ou hors liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'Assurance Maladie ;
- Placement en unité de soins de longue durée hors Centre Hospitalier notamment EHPAD ;
- Les hôtels hospitaliers ;
- Les dépenses de santé résultant du fait intentionnel du bénéficiaire et non directement liées à une maladie, une maternité ou un accident tels que des soins de nature esthétique non pris en charge par le Régime obligatoire, traitements de rajeunissement et traitements diététiques, transformations sexuelles ;
- Les séjours en maisons de santé médicales telles que définies par l'article

L. 6323-3 du Code de Santé Publique, les séjours dans les établissements spécialisés à caractère médical et/ou sanitaire et social avec ou sans hébergement notamment ceux figurant à l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, aërium, préventorium, sanatorium ;

Par ailleurs et à l'exception des actes qui doivent obligatoirement être pris en charge dans les garanties remplissant les critères du contrat responsable, sont également exclus les soins, actes médicaux ou hospitalisations, quelle qu'en soit la nature, qui sont la conséquence des faits suivants :

1. Guerre civile ou étrangère et autres cataclysmes tels que tremblements de terre et inondations, bien qu'ils soient indépendants de la volonté de l'adhérent,
2. Actes commis volontairement par l'adhérent : participation effective à une émeute ou un soulèvement populaire, à un crime ou à un délit intentionnel, à une rixe, sauf cas de légitime défense,
3. Explosion d'un engin ou partie d'engin atomique,
4. Radiations ionisantes accidentelles de combustibles nucléaires ou produits et déchets radioactifs,
5. Accidents résultant de la participation de l'adhérent à des paris et de la pratique, à titre professionnel, de tout sport.

ARTICLE 14: CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations est subordonné au règlement des cotisations et, le cas échéant, à la fourniture de certains justificatifs. En cas de non-paiement des cotisations, 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 du contrat ou de radiation du bénéficiaire.

En cas de non transmission des pièces justificatives, dans un délai de deux mois à compter de la notification de la MUTUELLE, celle-ci sera considérée comme une renonciation définitive du MEMBRE PARTICIPANT au bénéfice de la prestation concernée, tant pour lui-même que ses ayants droit.

Dans l'attente de l'obtention des pièces justificatives, la MUTUELLE se réserve le droit de suspendre le remboursement des prestations.

Par ailleurs, la MUTUELLE, subrogée dans les droits de l'Adhérent pour le bénéfice du tiers payant, peut réclamer directement au Professionnel de Santé, ou en l'absence de réponse de l'Adhérent, tout document justificatif pour le remboursement des prestations, notamment les bons de livraisons optiques ou aides auditives, les certificats de conformité de l'implant et/ou des prothèses dentaires.

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, à condition que ce dernier dispose d'un compte bancaire ouvert auprès d'un établissement de crédit ne se situant pas dans un des pays jugés à risques par le GAFI (Groupe d'Action Financière), ou dans un pays Tiers à Haut Risque (PTHR) 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.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation du CONTRAT ou de l'adhésion individuelle, 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.

ARTICLE 15: MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

15.1 Règlement des prestations

15.1.1 Pièces justificatives

Les justificatifs à fournir par le MEMBRE PARTICIPANT pour ses demandes de remboursement sont détaillés au titre IV des présentes Conditions générales.

La MUTUELLE se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires permettant de justifier la dépense réelle engagée, avant ou après le remboursement des prestations.

La **MUTUELLE** peut réclamer la transmission des originaux de toutes pièces justificatives.

La **MUTUELLE** se réserve également la possibilité, durant toute la durée du contrat, de demander tout justificatif relatif à l'identification des **MEMBRES PARTICIPANTS** et des Professionnels de santé telle que mentionnée à l'article 26 des présentes Conditions générales.

➤ 15.1.2 Délai de remboursement

Les remboursements s'effectuent dans un délai moyen 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**.

➤ 15.1.3 Date de soins

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, néanmoins la **MUTUELLE** ne saurait rembourser aux bénéficiaires :

- des soins non encore effectués par le praticien,
- des soins qui auraient été achevés postérieurement à la date de radiation du CONTRAT.

Les prestations sont donc 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/ou 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.).

Toutes les demandes de paiement des prestations doivent être produites auprès de la **MUTUELLE** dans le délai de prescription défini à l'article 23 des présentes Conditions générales.

A défaut, et en application de l'article L.221-16 du Code de la Mutualité, la **MUTUELLE** pourra ne pas faire droit à la demande si la déclaration tardive lui a causé un préjudice, sauf en raison d'un cas fortuit ou de force majeure formellement établi par le **MEMBRE PARTICIPANT**.

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.

➤ 15.1.4 Le remboursement de certaines prestations spécifiques

La **MUTUELLE** assure le service 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 de l'Adhérent.

➤ 15.1.4.1 Versement de l'allocation naissance ou adoption

L'allocation naissance ou adoption présente un caractère forfaitaire. Elle est versée si l'inscription de l'enfant est effectuée dans les trois mois de sa naissance ou son adoption et si son adhésion 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 trois mois de survenance de l'évènement. L'allocation enfant né sans vie n'est pas cumulable avec l'allocation obsèques.

➤ 15.1.4.2 Versement de l'allocation obsèques

Caractère indemnitaire de l'allocation obsèques :

L'allocation obsèques a pour objet de participer aux frais d'obsèques et de garantir le versement d'une prestation qui présente un caractère indemnitaire en cas de décès, durant la période d'adhésion, soit du **MEMBRE PARTICIPANT**, soit d'un de ses ayants droit inscrit au bulletin d'adhésion. Elle ne correspond en aucun cas à un capital décès. Elle n'est versée que dans l'hypothèse où des frais ont été engagés et uniquement si la garantie le prévoit.

Les pièces justificatives demandées :

Pour que la prestation soit versée, le bénéficiaire doit adresser à la **MUTUELLE** dès que possible :

- L'acte de décès de la personne couverte,
- Une photocopie du livret de famille du défunt,
- La facture des frais d'obsèques dûment acquittée,
- La photocopie de la pièce d'identité du tiers qui a réglé les frais de pompes funèbres.

Condition de versement de la prestation :

L'âge limite de versement est précisé au tableau de garantie.

L'âge limite s'entend de l'âge en années révolues.

Les modalités de versement de la prestation :

L'allocation obsèques, sous réserve que l'adhérent était à jour de ses cotisations, est versée :

- à l'ayant droit du bénéficiaire décédé (adhérent, conjoint, concubin, partenaire, enfant),
- ou à défaut, à l'héritier, sur présentation d'un certificat d'hérédité délivré par le Notaire chargé de la succession,
- 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,
- ou aux établissements de santé, aux professionnels de santé ou autres prestataires.

La **MUTUELLE** se réserve le droit d'exiger tous les justificatifs nécessaires au moment du versement de la prestation.

Si les frais ont été réglés à partir du compte bancaire personnel du **MEMBRE PARTICIPANT** décédé, ou dans le cadre d'un ou plusieurs autres contrats d'assurances souscrits 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 délivrée par la Mairie ou un mandat écrit des autres héritiers ou un acte de notoriété (à demander au Notaire chargé de la succession) certifiant de sa qualité d'héritier.

Limite de prise en charge :

La **MUTUELLE** ne rembourse pas la part des frais d'obsèques qui a été prise en charge par un ou plusieurs autres contrats d'assurances.

Contrats en déshérence :

Lorsqu'un **MEMBRE PARTICIPANT** n'a pas pu être identifié à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la prise de connaissance par la **MUTUELLE** du décès de l'Adhérent ou son ayant droit, les sommes dues au titre de la prestation seront déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations ; ce dépôt libérant la **MUTUELLE** de ses obligations.

Le maintien des allocations obsèques, ainsi que leur montant, doivent être 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.

➤ 15.1.5 Contrôle-expertise médicale

Afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et se prononcer sur l'ouverture ou la continuité du service des prestations au titre des garanties du présent règlement, la Mutuelle peut à tout moment, avant ou après le paiement des prestations, faire procéder aux expertises médicales qu'elle jugera nécessaires.

En cas de refus du Membre participant ou de son ayant droit de se soumettre à ce contrôle, ou lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la réalité des dépenses engagées, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.

Dans l'hypothèse d'un contrôle a posteriori, dont le résultat serait défavorable au Membre participant ou à son ayant droit, ce dernier devra restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indûment perçues.

En cas de désaccord avec le résultat d'un contrôle médical, le Membre participant ou son ayant droit devra adresser, dans les trente jours suivants la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant le nom du professionnel (médecin ou dentiste) de son choix chargé de le représenter afin de mettre en place un examen médical contradictoire avec le professionnel choisi par la Mutuelle.

Si à l'issue de cet entretien le désaccord persiste, le litige peut être soumis à une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par le Membre participant ou son ayant droit, un médecin désigné par la Mutuelle et un médecin choisi en accord avec les deux premiers. Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle et ceux du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle. Toutefois, au cas où le tiers expert confirmerait la décision de suspension prise à l'égard de l'intéressé, les honoraires du tiers expert seraient supportés par moitié par la Mutuelle et le Membre participant ou son ayant droit. En cas de fraude avérée, le Membre participant ou son ayant droit supportera la totalité des honoraires du tiers expert. L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour la Mutuelle et le Membre participant ou son ayant droit.

S'agissant plus précisément des actes dentaires, la Mutuelle se réserve le droit de faire appel à un chirurgien-dentiste consultant. Ce dernier sera chargé notamment d'analyser les pièces médicales fournies par le bénéficiaire en vue d'obtenir le remboursement de sa prestation santé dentaire. Il est précisé que ce contrôle peut intervenir avant et/ou après la liquidation de ladite prestation et que le chirurgien-dentiste consultant peut être amené à demander au bénéficiaire tout justificatif supplémentaire qu'il jugera utile.

Le chirurgien-dentiste consultant intervient de manière indépendante et impartiale dans le respect du secret médical et des règles déontologiques qui sont applicables à sa profession.

➤ 15.2 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. Dans ce cas, 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 [cf. article 11.2- Périmètre de couverture des contrats complémentaires responsables].

➤ 15.3 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 ou autres prestataires 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 loi ou la réglementation. La convention de tiers payant signée entre le Professionnel de Santé et la **MUTUELLE** définit les droits et obligations de chacun.

En adhérant à la Convention de tiers payant, le Professionnel de Santé, consent à transmettre à la **MUTUELLE**, subrogée dans les droits de l'Adhèrent pour le bénéfice du tiers payant, tout document justificatif pour le remboursement des prestations notamment les bons de livraisons optiques ou aides auditives, les certificats de conformité de l'implant et/ou des prothèses dentaires.

➤ 15.3.1 Carte 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.

La carte de tiers payant porte les droits ouverts jusqu'au 31 décembre de chaque année sauf en cas de règlement fractionné de la cotisation par un moyen autre que le prélèvement. 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.

Sa validité est trimestrielle en cas de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits.

Un duplicata de carte papier peut être délivré à la demande du **MEMBRE PARTICIPANT**.

➤ 15.3.2 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.

➤ 15.3.3 Prise en charge et devis

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** un devis pour l'estimation de son reste à charge.

Le Professionnel de Santé peut également demander à la **MUTUELLE** une prise en charge du remboursement pour le compte de l'Adhèrent. Cette demande peut être subordonnée à la production de certains justificatifs demandés par la **MUTUELLE**. A ce titre, notamment dans le cadre de la prise en charge des équipements optiques, l'Adhèrent donne son consentement conformément aux dispositions prévues à l'article 6 sur la protection des données personnelles, pour la transmission par l'opticien à la **MUTUELLE** des données le concernant, telles que les codes LPP et les informations de correction visuelle.

L'estimation de la MUTUELLE sur un devis ou le montant de la prise en charge communiqué au Professionnel de Santé tiennent compte de la garantie dont l'adhèrent bénéficie sur le poste au titre de l'année civile au cours de laquelle a été établie la demande de devis ou de prise en charge et des éventuels remboursements déjà intervenus sur le poste depuis la date de dernière consommation. Le devis n'est qu'une estimation réalisée à la date de la demande de l'adhèrent et ne vaut pas engagement de paiement de la MUTUELLE.

L'accord de la MUTUELLE sur la demande de prise en charge du Professionnel de Santé est valable deux (2) mois à compter de son édition, et en tout état de cause

jusqu'à la fin de l'année civile, sous réserve de la validité du contrat de l'adhérent et du paiement de ses cotisations à la date de facturation et des remboursements que la **MUTUELLE** aurait eu à effectuer entre la date de la prise en charge et la date de facturation.

L'engagement de la **MUTUELLE** sur la prise en charge vaut pour l'année civile, au cours de laquelle les soins doivent débiter. Ainsi, si des soins doivent débiter postérieurement au 31 décembre, le Professionnel de Santé doit refaire sa demande de prise en charge.

➤ 15.4 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 et dans les conditions prévues par l'article 15 des présentes conditions générales :

- 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 16 : PLAFONDS PROGRESSIFS DES SOINS PROTHÉTIQUES ET DES IMPLANTS DENTAIRE

Dans le cadre de certaines garanties, un plafond annuel peut être versé en cas de pose d'implant dentaire.

Dans le cadre de certaines garanties, des plafonds progressifs sont prévus en cas d'adhésion ou de mutation sur le poste :

- Soins prothétiques dentaires relevant du panier de soins à tarifs libres,
- Soins prothétiques dentaires relevant du panier de soins à tarifs maîtrisés dans la limite des honoraires limites de facturation,
- Implantologie dentaire non remboursée par le Régime obligatoire.

Les soins prothétiques dentaires relevant du panier de soins 100% Santé ne sont pas concernés par le présent dispositif.

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 d'adhésion et au plafond indiqué à compter de la 3^{ème} année 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 pour les prothèses dentaires, la tranche de plafond atteinte sera maintenue sur la nouvelle garantie souscrite.

En cas de changement de garantie dans la même gamme de garanties, la tranche de plafond atteinte en implantologie dentaire sera maintenue sur la nouvelle garantie souscrite.

ARTICLE 17 : 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.

Les prestations indûment remboursées pourront également être réclamées par la **MUTUELLE** dans les situations suivantes :

- les pièces justificatives demandées ne sont pas fournies à la **MUTUELLE** dans un délai de deux mois après la demande ;
- les pièces justificatives transmises à la **MUTUELLE** ne permettent pas de confirmer le caractère régulier et légitime du remboursement.

Le **MEMBRE PARTICIPANT** ou le Professionnel de santé est informé par courrier de la somme qu'il doit rembourser dès réception du courrier de demande de régularisation envoyé par la **MUTUELLE**.

La **MUTUELLE** 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 18 : 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.

En cas de mauvaise foi de la part du MEMBRE PARTICIPANT ou de ses ayants droit, dans la communication des informations relatives à l'accident et/ou au(x) tiers responsable(s) ou leur(s) représentant(s), défenseur(s) ou assureur(s), la MUTUELLE se réserve le droit de réclamer au MEMBRE PARTICIPANT ou à ses ayants droit, l'intégralité des dépenses que la MUTUELLE a engagées pour leur compte.

De même, si le MEMBRE PARTICIPANT ou ayant droit victime a été indemnisé - au titre des dépenses engagées par la MUTUELLE - par un quelconque organisme, la MUTUELLE pourra lui demander la restitution des prestations versées au titre de l'accident et de ses suites et conséquences, ainsi que de toute somme que la MUTUELLE a exposée dans le cadre de cette subrogation.

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 19 : 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** en respectant un préavis d'au moins deux mois avant l'échéance annuelle du **CONTRAT**. La notification doit être envoyée par lettre simple, tout support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, 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 simple, tout support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, devant parvenir à la **MUTUELLE**, au moins deux mois avant l'échéance annuelle du **CONTRAT**, le cachet de La Poste ou le certificat d'horodatage faisant foi. Le non renouvellement devra ensuite être confirmé, dans les mêmes formes, avant la date d'échéance annuelle du **CONTRAT** ; faute de quoi la dénonciation à titre conservatoire sera nulle et non avenue et ledit **CONTRAT** poursuivra ses effets.
- c) La **COLLECTIVITÉ** a la faculté de ne pas renouveler le **CONTRAT** à l'expiration du délai d'un an à compter de la prise d'effet du contrat complémentaire santé, sauf stipulation contraire mentionnée aux Conditions particulières. La notification doit être envoyée par lettre simple, ou par tout support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité. La résiliation du **CONTRAT** prendra effet un mois après que la **MUTUELLE** en ait reçu notification. En cas de résiliation du **CONTRAT** par un autre organisme assureur pour le compte de la **COLLECTIVITÉ**, la demande accompagnée d'un mandat doit parvenir à la **MUTUELLE** par lettre recommandée ou recommandé électronique. Dans ce cas, la **MUTUELLE** et le nouvel organisme assureur s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture frais de santé de la **COLLECTIVITÉ**.
- d) En cas de demande de résiliation irrecevable pour non-respect des clauses des présentes Conditions générales et/ou Conditions particulières, le **CONTRAT** poursuit ses effets ; 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 l'intégralité des cotisations dues jusqu'au terme du **CONTRAT** telle qu'indiquée à l'article 9.5 des présentes Conditions générales.

- e) Par ailleurs, dans le cas où les **MEMBRES PARTICIPANTS** vident le **CONTRAT** par leurs résiliations individuelles groupées, celles-ci devront respecter le préavis contractuel de dénonciation de deux mois, avant l'échéance annuelle du **CONTRAT** 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 d) ci-dessus.
- f) Les Conditions particulières du **CONTRAT** peuvent prévoir, par dérogation, d'autres dispositions organisant le non renouvellement; elles s'imposeront alors aux présentes Conditions générales.
- g) 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 L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale].
- h) Lorsque survient une modification dans la situation juridique de l'employeur, notamment par succession, vente, fusion, transformation du fonds, le **CONTRAT** frais de santé subsiste entre le nouvel employeur et le personnel de l'entreprise repris, sous réserve de dispositions contraires prévues par tout acte juridique produit par le nouvel employeur [acte de cession, extrait de procès-verbal d'Assemblée générale].

En cas de poursuite du **CONTRAT** frais de santé, les dispositions qui précèdent s'appliqueront au nouvel employeur -articles 19 a), b), c), d), e), f), g), h).

Dans l'hypothèse où le **CONTRAT** frais de santé n'est pas repris par le nouvel employeur, la radiation du **CONTRAT** interviendra le dernier jour du mois de survenance de l'évènement, tel qu'indiqué notamment sur l'extrait KBIS.

ARTICLE 20 : **RÉSILIATION À L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT**

Le **MEMBRE PARTICIPANT**, relevant d'un contrat collectif à adhésion facultative, a la faculté de résilier son adhésion selon les modalités indiquées à l'article 36 des présentes Conditions générales.

ARTICLE 21 : **RÉINTEGRATION DE LA COLLECTIVITÉ OU DU MEMBRE PARTICIPANT**

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** ou du **MEMBRE PARTICIPANT** et sous réserve que ces derniers aient réglé tous leurs arriérés de cotisations et se soient acquittés des frais de recouvrement, qui sont facturés à la **MUTUELLE** par l'organisme de recouvrement.

ARTICLE 22 : **MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE LA PORTABILITÉ DES DROITS**

Le présent article est applicable exclusivement aux **MEMBRES PARTICIPANTS** ayant le statut de salarié au sein de la **COLLECTIVITÉ**.

La portabilité est mutualisée au niveau de la gamme de garanties ou de la garantie en cas de souscription d'une garantie dite « standard ».

La portabilité est mutualisée au niveau des comptes de résultats de la personne morale ou au niveau des comptes du groupe consolidés le cas échéant en cas de souscription d'une garantie dite « spécifique ou sur mesure ».

22.1 MEMBRES PARTICIPANTS éligibles au dispositif

Les salariés concernés par le maintien des garanties sont :

- les salariés actifs de la **COLLECTIVITÉ**,
- les salariés pour lesquels le contrat de travail est suspendu, eu égard à l'acte fondateur (Accord collectif, DUE, Référendum) ayant mis en place le régime frais de santé au sein de la **COLLECTIVITÉ**.

La portabilité des garanties frais de santé est gratuite pour les anciens salariés. Néanmoins cette gratuité est prise en charge dans le cadre d'une mutualisation des cotisations du **CONTRAT** des actifs de la **COLLECTIVITÉ**, sauf dispositions contraires dans les Conditions particulières.

22.2 Obligations de la COLLECTIVITÉ

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 L.911-8 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 L.911-8 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 salariés doivent accepter expressément le maintien des garanties afin de garder le bénéfice, à titre gratuit, des garanties complémentaires santé appliquées dans leur ancienne **COLLECTIVITÉ**, sauf renonciation notifiée explicitement par écrit par ces derniers. 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.

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

Les cotisations du **CONTRAT** frais de santé souscrit de manière individuelle par le **MEMBRE PARTICIPANT**, au titre d'une option ou d'une surcomplémentaire, seront à sa charge s'il souhaite continuer à en bénéficier dans le cadre de la portabilité.

22.3 Obligations de l'ancien 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.**

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.

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 prévue ci-avant.

22.4 Cessation des droits à portabilité

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**.

Au terme du maintien des garanties, l'ancien salarié a la faculté d'opter pour une couverture à titre individuel.

CHAPITRE 6 LITIGES

ARTICLE 23 : **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 deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 24 : 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 25 : RÉCLAMATION – MÉDIATION

➤ 25.1 Réclamation

En cas de questions concernant son contrat individuel, l'Adhérent peut contacter la Mutuelle en se munissant au préalable des caractéristiques de son contrat et en particulier son numéro d'Adhérent, pour accélérer le traitement de sa demande.

En cas de réclamations, ces dernières sont à adresser par écrit au service Réclamations de la Mutuelle en s'adressant, par lettre simple à : CCMO Mutuelle - Service réclamations - 6 av. du Beauvaisis - PAE du Haut-Villé - CS 50993 - 60014 BEAUVAIS Cedex, ou directement sur son site internet ou bien par mail à l'adresse électronique suivante : service-reclamations@ccmo.fr.

➤ 25.2 Médiation

Pour toute difficulté d'interprétation ou d'application des présentes Conditions générales ou en cas de différence entre les présentes dispositions et les garanties souscrites, c'est la disposition la plus favorable au réclamant qui est retenue.

En cas de persistance du litige, faute de réponse du Service Réclamations dans un délai de 60 jours ou si l'insatisfaction du réclamant perdure suite au traitement apporté par ce service, ce dernier peut faire appel au Médiateur de la **MUTUELLE** dans les conditions prévues à l'article 74 des Statuts.

➤ ARTICLE 26 : DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME (LCB-FT)

Les opérations relevant du présent Règlement Mutualiste s'inscrivent dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme conformément aux articles L.561- 1 et suivants du Code monétaire et financier.

Pendant toute la durée du Contrat, la Mutuelle s'engage à :

- identifier et vérifier l'identité des Membres participants ;
- connaître l'objet et la nature de la relation d'affaires.

Dans ce cadre, la Mutuelle se réserve le droit de demander tout justificatif relatif à l'identification du Membre participant, et/ou de son représentant, et/ou à l'origine des fonds versés conformément aux articles L.561-1 et suivants du

Code monétaire et financier.

L'identification et la vérification d'identité des Membres participants s'effectuent au plus tard au moment du paiement de la prestation.

Pour une personne physique, l'identification repose, a minima, sur la collecte du nom patronymique, du prénom, de la date et lieu de naissance.

Pour une personne morale, l'identification repose, a minima, sur la collecte de la dénomination, la forme juridique, l'adresse du siège social et l'identité des associés et dirigeants sociaux ainsi que l'identification des bénéficiaires effectifs.

La vérification d'identité est réalisée :

- Pour les personnes physiques, par la présentation d'un document officiel d'identité (notamment CNI, passeport, permis de conduire européen) en cours de validité comportant la photographie du titulaire et/ou un justificatif du domicile datant de moins de 3 mois ;
- Pour les personnes morales, par la communication de l'original ou la copie de tout acte ou extrait de registre officiel datant de moins de 3 mois ou extrait de Journal Officiel, constatant la forme juridique, la dénomination, l'adresse du siège social et l'identité des associés et dirigeants sociaux, ainsi que des représentants légaux ou de leurs équivalents en droit étranger (notamment extrait Kbis pour les sociétés commerciales ou extrait de la publication au Journal Officiel pour les associations).

Lorsque la Mutuelle n'est pas en mesure d'identifier et/ou vérifier l'identité du Membre participant, l'opération est refusée, conformément à l'article L.561-8 du Code monétaire et financier.

En outre, la Mutuelle met en œuvre des mesures de vigilance complémentaire ou renforcée lorsqu'elle identifie :

- Des Personnes Politiquement Exposées (PPE), lesquelles sont les personnes exposées à des risques particuliers en raison des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives qu'elles exercent ou ont cessé d'exercer depuis moins d'un an. Les membres directs de leur famille ou les personnes connues pour leur être étroitement associées sont aussi des PPE.
- Un Membre participant résidant dans un Pays Tiers à Haut Risque (PTHR),
- Un Membre participant figurant sur la liste de personnes ou entités pour lesquelles il est institué un gel des avoirs ou une interdiction de fourniture de services financiers.

➤ ARTICLE 27 : 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.

TITRE II DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS À AFFILIATION OBLIGATOIRE

CHAPITRE 1 AFFILIATION DES MEMBRES PARTICIPANTS

➤ ARTICLE 28 : DÉCLARATIONS DE LA COLLECTIVITÉ

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 de l'application des cas de dispense prévus par la réglementation en vigueur et mentionnés dans l'acte fondateur mis en place au sein

de la **COLLECTIVITÉ** (Accord Collectif, DUE, référendum).

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 d'effet 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** évènementielle « 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 5 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 suivant la rupture du contrat de travail du **MEMBRE PARTICIPANT**, sauf en cas de décès de ce dernier ou d'un ayant droit pour lequel la date de radiation est effective le dernier jour du mois de survenance de l'évènement.
- 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** ou de l'ayant droit.
- 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** ou de l'ayant droit.
- 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 29 : MODALITÉS D'AFFILIATION DES MEMBRES PARTICIPANTS

29.1 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 l'ensemble des pièces justificatives demandées sur ledit bulletin.

La signature du bulletin d'adhésion par le **MEMBRE PARTICIPANT** emporte acceptation des Statuts et des Conditions générales. Ces derniers sont consultables et téléchargeables sur le site internet de la **MUTUELLE**, www.ccmofr.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'adhésion emporte acceptation des Statuts de la **MUTUELLE** et des Conditions générales. Ces documents peuvent également être transmis par voie postale par la **MUTUELLE** à la **COLLECTIVITÉ**, à première demande. Les **MEMBRES PARTICIPANTS** souhaitant les obtenir sur support papiers doivent se rapprocher de leur Correspondant d'entreprise.

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, sous réserve de l'application de l'article 11 de la loi Évin.
- 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 salariés dont le contrat de travail est suspendu : se reporter à l'article 12.

Cas particulier des personnes en cumul emploi-retraite sous réserve des dispositions prévues dans l'acte fondateur de la COLLECTIVITÉ (accord d'entreprise, DUE, acte référendaire) :

Ces salariés exerçant leur activité dans le cadre du cumul emploi-retraite, peuvent être admis au bénéfice du présent **CONTRAT** 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** par la **COLLECTIVITÉ** 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 remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- 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** par la **COLLECTIVITÉ**,
- qu'ils aient été déclarés comme tels à la **MUTUELLE** lors de leur affiliation,
- que la cotisation les concernant soit réglée.

Dans ces hypothèses, 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 en cumul emploi-retraite ainsi que les mandataires sociaux précités ne seront pas affiliés au présent CONTRAT.

29.2 Date d'effet de l'affiliation et prise d'effet des garanties

L'adhésion et le bénéfice des garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation selon les modalités suivantes :

- A la date d'effet précisée sur le bulletin d'adhésion si ce dernier est dûment complété, signé et accompagné des pièces justificatives et parvient dans le mois au siège de la Mutuelle (cachet de La Poste ou certificat d'horodatage faisant foi),
- au 1^{er} jour du mois suivant dans le cas contraire à réception du dossier complet.

L'adhésion est indiquée sur l'attestation de couverture délivrée à l'Adhérent.

Toute nouvelle adhésion du membre participant et de ses éventuels ayants droit implique au minimum le paiement de 12 mois de cotisation, selon les modalités prévues dans le présent règlement.

Le contrat qui lie le membre participant à la Mutuelle a une durée minimum de douze mois.

Pour toute souscription en cours d'année, le contrat prend fin à l'issue d'une période de 12 mois. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction, chaque année, par période de 12 mois.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des statuts de la Mutuelle et des droits et obligations définis par le présent règlement mutua- liste. 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'adhésion emporte accep- tation des statuts de la Mutuelle et des droits et obligations définis par les statuts et le présent règlement.

En cas de vente à distance par téléphone entrant dans le champ d'application de l'article L.112-2-2 du Code des assurances, il est précisé que conformé- ment aux dispositions de cet article la signature du contrat par le nouveau membre participant ne peut intervenir que vingt-quatre heures après la réception des documents et informations précontractuels visés à l'article 3.

➤ 29.3 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 garan- tie, compte tenu de l'ouverture des droits (sous réserve de l'application des délais de carence) tels qu'indiqués à l'article 30 des présentes Conditions générales.

➤ 29.4 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 22 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 COLLECTIF**.

➤ ARTICLE 30 : DÉLAIS DE CARENCE

➤ 30.1 Cas général

Les délais de carence commencent à courir au premier jour de la prise d'effet de l'adhésion ou de la mutation. Ils sont déterminés en fonction de l'âge de l'Ad- hérant ou de l'ayant droit tels que visé dans le tableau figurant au Chapitre 9 du présent règlement. L'âge est déterminé au moment de l'adhésion (et non au 1^{er} janvier de l'année en cours).

Tout nouvel Adhérent et ses ayants droit bénéficient immédiatement des rem- boursements du ticket modérateur (sauf pharmacie remboursée à hauteur de 15 % et 30%) et du forfait journalier hospitalier à l'exclusion des forfaits, alloca- tions, cures, autres forfaits et remboursements de soins refusés par le Régime obligatoire.

Aucun délai de carence n'est appliqué au titre des prestations relevant des paniers 100% Santé.

➤ 30.2 Changement de garantie

Toute demande de changement de garantie ne pourra être acceptée par la **MUTUELLE** qu'après une adhésion minimum d'un an dans le **CONTRAT** en cours.

Sous réserve des dispositions prévues par les Conditions particulières, toute demande d'extension de garantie (prestations complémentaires) ou de chan- gement vers une garantie supérieure (prestations supérieures) s'appliquera avec la durée de carence correspondant à la nouvelle garantie souscrite, dans les conditions définies au point 1 – Titre IV des présentes Conditions générales.

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

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

➤ 30.3 Absence de délais de carence

Par dérogation, les nouveaux Adhérents pourront être exemptés des délais de carence pour les risques couverts par leur garantie, sur présentation d'un certificat de radiation, datant de moins de deux mois à la date d'ad- hésion, en provenance d'une autre Mutuelle relevant du Code de la mutua- lité ou de tout autre organisme de complémentaire santé, relevant du Code des Assurances ou du Code de la Sécurité sociale. Les nouveaux Adhérents seront également exemptés de délais de carence dès lors que la Mutuelle aura dénoncé, pour leur compte, leur contrat auprès de leur ancien orga- nisme de complémentaire santé.

De même, le nouveau né inscrit dans les trois mois suivant la naissance et l'enfant inscrit dans les trois mois suivant l'adoption, seront dispensés de délais de carence, sous réserve que l'Adhérent ait lui-même terminé sa période de carence.

➤ 30.4 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 carence ne sera appliquée. Les définitions des collèges sont détaill- lées au Titre II des Statuts de la **MUTUELLE**.

➤ ARTICLE 31 : MAINTIEN DES DROITS AU TITRE DE LA LOI ÉVIN

L'article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 précisé par le Décret n°90- 769 du 30 août 1990 modifié par le Décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 définit les modalités de maintien de la complémentaire santé, à un tarif encadré, des anciens salariés couverts par un contrat collectif obligatoire.

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 à l'article 22 des présentes Conditions générales.
- 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 six mois suivant le terme du **CONTRAT**.

La **MUTUELLE** adressera aux **MEMBRES PARTICIPANTS** une proposition de main- tien 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.

La cotisation qui est entièrement à la charge de l'ancien salarié est directement prélevée sur son compte personnel. Les tarifs applicables sont plafonnés selon les conditions suivantes :

- Pour les adhésions antérieures au 1^{er} juillet 2017, les tarifs ne peuvent être supérieurs à plus de 50 % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs.
- Pour les adhésions à compter du 1^{er} juillet 2017, la tarification est échelon- née sur trois ans comme suit :

Année	Plafonnement de la majoration du tarif par rapport aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs
Année 1	0%
Année 2	25%
Année 3	50%

ARTICLE 32 : 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 9.5 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).

TITRE III DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS À ADHÉSION FACULTATIVE

CHAPITRE 1 ADHÉSION ET RADIATION DES MEMBRES PARTICIPANTS

ARTICLE 33 : DÉCLARATIONS DE LA COLLECTIVITÉ

La **COLLECTIVITÉ** doit déclarer à la **MUTUELLE** les salariés ou personnes membres relevant de la **CATÉGORIE AFFILIABLE** et doit s'engager à proposer l'adhésion à l'ensemble de ses salariés ou personnes membres dès lors qu'ils relèvent de la **CATÉGORIE AFFILIABLE**.

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

Pour les adhésions individuelles :

- le bulletin d'adhésion individuel dûment signé par chaque salarié ou personne membre de la **COLLECTIVITÉ** relevant de la **CATÉGORIE AFFILIABLE**, présent à l'effectif à la date d'effet du **CONTRAT** et souhaitant :
 - adhérer à cette date,
 - y adhérer après cette date.
- le bulletin d'adhésion individuel dûment signé par chaque nouveau salarié ou nouvelle personne membre de la **COLLECTIVITÉ**, relevant de la **CATÉGORIE AFFILIABLE**, et souhaitant adhérer :
 - à la date de leur entrée dans la **COLLECTIVITÉ**,
 - ou à la date d'effet de leur entrée dans la **CATÉGORIE AFFILIABLE** ou postérieurement.

La **COLLECTIVITÉ** s'engage à remettre à ses salariés ou personnes membres, 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**.

Pour les radiations individuelles à l'initiative de la Collectivité :

La résiliation de l'adhésion du **MEMBRE PARTICIPANT** ne peut avoir lieu avant l'accomplissement d'une adhésion minimale initiale de 12 mois, sauf en cas de départ de la **COLLECTIVITÉ** ou de sa sortie de la **CATÉGORIE AFFILIABLE** avec restitution obligatoire de la carte de tiers payant. Elle doit être notifiée selon les modalités suivantes :

La transmission à la **MUTUELLE** par la **COLLECTIVITÉ** de la **DSN** modificative ou de

la **FICHE DE LIAISON** dans les 15 jours qui suivent son départ de la **COLLECTIVITÉ** ou sa sortie de la **CATÉGORIE AFFILIABLE**, à laquelle sera jointe la carte de tiers payant restituée par le **MEMBRE PARTICIPANT**. Si la **COLLECTIVITÉ** transmet une **DSN** événementielle « fin de contrat » à la **MUTUELLE**, la demande de radiation par le **MEMBRE PARTICIPANT** n'est, dans ce cas, pas obligatoire et cette dernière se chargera de réclamer la carte de tiers payant au **MEMBRE PARTICIPANT**.

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 ou personnes membres et leurs ayants droit, conformément à l'article 5 des présentes Conditions générales.

En cas de transmission tardive de la **FICHE DE LIAISON**, ou de la **DSN** par la **COLLECTIVITÉ**, 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 ou personnes membres restant dues par la **COLLECTIVITÉ**, sauf en cas de décès du **MEMBRE PARTICIPANT** ou de l'ayant droit pour lequel la date de radiation est effective le dernier jour du mois de survenance de l'évènement.

Aucune radiation individuelle ne saurait être antérieure à la date de réception par la **MUTUELLE** de la demande de résiliation par la **COLLECTIVITÉ**, sauf en cas de décès du **MEMBRE PARTICIPANT** ou de l'ayant droit.

La **MUTUELLE** rembourse le cas échéant au **MEMBRE PARTICIPANT** ou à la **COLLECTIVITÉ** le solde de cotisations trop perçu, dans un délai maximum de 30 jours à compter de la date d'effet de sa radiation

ARTICLE 34 : MODALITÉS D'ADHÉSION DES MEMBRES PARTICIPANTS

34.1 Conditions d'adhésion du MEMBRE PARTICIPANT

Un **MEMBRE PARTICIPANT** peut adhérer à la **MUTUELLE** s'il remplit les conditions suivantes :

– Être salarié ou ancien salarié de la **COLLECTIVITÉ**

ou

– Être membre de la **COLLECTIVITÉ**.

Le **MEMBRE PARTICIPANT** doit signer un bulletin d'adhésion comportant notamment la déclaration exacte de l'identité de chacune des personnes à garantir. Ce bulletin doit obligatoirement être accompagné de l'ensemble des pièces justificatives demandées sur ledit bulletin.

La signature du bulletin d'adhésion par le **MEMBRE PARTICIPANT** emporte acceptation des Statuts et des Conditions générales. Ces derniers sont consultables et téléchargeables sur le site internet de la **MUTUELLE**, www.ccmofr.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'adhésion emporte acceptation des Statuts de la **MUTUELLE** et des Conditions générales. Ces documents peuvent également être transmis par voie postale par la **MUTUELLE** à la **COLLECTIVITÉ**, à première demande. Les **MEMBRES PARTICIPANTS** souhaitant les obtenir sur support papiers doivent se rapprocher de leur Correspondant d'entreprise.

Si la vente à distance s'opère par téléphone, il est également précisé que l'ensemble des obligations d'informations et procédurales prévues par l'article L.112-2-2 du Code des assurances seront dûment respectées, dont l'obligation pour la **MUTUELLE** de recueillir le consentement exprès du prospect de poursuivre l'appel téléphonique de prospection commerciale.

34.2 Date d'effet de l'adhésion et prise d'effet des garanties

34.2.1 Date d'effet de l'adhésion

Les salariés ou personnes membres de la **COLLECTIVITÉ** appartenant à la **CATÉGORIE AFFILIABLE** deviennent **MEMBRES PARTICIPANTS** :

- À la date d'effet du **CONTRAT** pour les salariés ou personnes membres de la **COLLECTIVITÉ** présents dans l'effectif à cette date ou qui en font la demande dans les trois mois qui suivent leur entrée dans l'effectif.
- Au 1^{er} jour du mois civil de la date d'embauche pour les nouveaux salariés ou d'entrée de la personne membre dans la **COLLECTIVITÉ** ou de leur entrée dans la **CATÉGORIE AFFILIABLE**, lorsque la demande est reçue par la **MUTUELLE** dans les trois mois suivant cette date.

- Au 1^{er} jour du mois civil au cours duquel est reçue la demande d'adhésion pour les cas non visés ci-dessus.

En cas de vente à distance par téléphone entrant dans le champ d'application de l'article L.112-2-2 du Code des assurances, il est précisé que conformément à ce dernier la signature du contrat par le nouveau **MEMBRE PARTICIPANT** ne peut intervenir que vingt-quatre heures après la réception des documents et informations précontractuels.

➤ 34.2.2 Prise d'effet des garanties

Sous réserve de l'application des dispositions à l'article 35 des présentes Conditions générales (délais de carence), le bénéfice des garanties prend effet lorsque les salariés ou membres de la **COLLECTIVITÉ** deviennent **MEMBRES PARTICIPANTS**. S'agissant des ayants droit, les garanties leur sont accordées dans les mêmes conditions qu'aux **MEMBRES PARTICIPANTS**.

➤ 34.2.3 Confirmation adhésion

L'adhésion et le bénéfice des garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, selon les modalités suivantes :

- A la date d'effet précisée sur le bulletin d'adhésion si ce dernier est dûment complété, signé et accompagné des pièces justificatives et parvient dans le mois au siège de la Mutuelle (cachet de La Poste ou certificat d'horodatage faisant foi),
- au 1^{er} jour du mois suivant dans le cas contraire à réception du dossier complet.

L'adhésion est indiquée sur l'attestation de couverture délivrée à l'Adhérent.

Toute nouvelle adhésion du membre participant et de ses éventuels ayants droit implique au minimum le paiement de 12 mois de cotisation, selon les modalités prévues dans le présent règlement.

Le contrat qui lie le membre participant à la Mutuelle a une durée minimum de douze mois.

Pour toute souscription en cours d'année, le contrat prend fin à l'issue d'une période de 12 mois. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction, chaque année, par période de 12 mois.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des statuts de la Mutuelle et des droits et obligations définis par le présent règlement mutua- liste. 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'adhésion emporte accep- tation des statuts de la Mutuelle et des droits et obligations définis par les statuts et le présent règlement.

En cas de vente à distance par téléphone entrant dans le champ d'application de l'article L.112-2-2 du Code des assurances, il est précisé que conformément aux dispositions de cet article la signature du contrat par le nouveau membre participant ne peut intervenir que vingt-quatre heures après la réception des documents et informations précontractuels visés à l'article 3.

➤ 34.3 Droit de renonciation

En cas d'adhésion à distance (notamment par téléphone ou internet) ou suite à un démarchage à domicile, à sa résidence ou à son lieu de tra- vail, le **CONTRAT** prend effet selon les modalités prévues à l'article 34-2 ci-avant, et en tout état de cause à l'expiration du délai de renonciation visé à l'alinéa suivant, sauf volonté contraire du **MEMBRE PARTICIPANT** exprimée à la **MUTUELLE** lors de son adhésion.

Ainsi, conformément aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la Mutualité, le **MEMBRE PARTICIPANT** qui adhère aux présentes Conditions générales à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité com- merciale ou professionnelle dispose d'un délai de 14 jours calendaires révo- lus à compter de la date de souscription du **CONTRAT** pour se rétracter sans avoir à justifier de motif, ni à supporter de pénalités.

Ce délai commence à courir :

- a) soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- b) soit à compter du jour où le **MEMBRE PARTICIPANT** reçoit un exem- plaire des présentes Conditions générales et des Statuts si la date de réception de ces documents est postérieure à celle du jour où l'adhé- sion a pris effet.

En cas de renonciation durant le délai de 14 jours :

- l'adhésion prend fin à compter de la date d'envoi par le **MEMBRE PARTICIPANT** à la **MUTUELLE** de la lettre recommandée ou l'envoi recommandé électronique. Dès lors que le **MEMBRE PARTICIPANT** a

connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du **CONTRAT**, il ne peut plus exercer ce droit de renonciation ;

- le **MEMBRE PARTICIPANT** ne peut être tenu qu'au paiement de la par- tie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion. La **MUTUELLE** rembourse au **MEMBRE PARTICIPANT** le solde au plus tard dans les 30 jours suivant la date de fin d'adhésion ;
- l'intégralité de la cotisation reste due à la **MUTUELLE** si le **MEMBRE PARTICIPANT** exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie et dont il n'a pas eu connais- sance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Pour renoncer à l'adhésion, une lettre recommandée, avec accusé de réception, doit être adressée à :

CCMO Mutuelle - 6 av. du Beauvaisis - PAE du Haut-Villé - CS 50993 - 60014 BEAUVAIS Cedex, selon le modèle de rédaction ci-après :

"Je soussigné(e).....déclare renoncer expressément à mon adhésion à la garantie X, N°.....effectuée en date du J'ai bien noté que la garantie de mon contrat prend fin à compter de la date d'envoi de la pré- sente lettre. Fait à, le.....".

Cette démarche peut également être effectuée par un envoi de recom- mandé électronique.

➤ 34.4 Ouverture des droits

Seuls font l'objet de remboursement par la **MUTUELLE**, les frais de santé pro- digués à compter du 1^{er} jour de prise d'effet de l'adhésion à la garantie, compte tenu de l'ouverture des droits, sous réserve de l'application des délais de carence, tels qu'indiqués à l'article 35 des présentes Conditions générales.

➤ 34.5 Cessation des droits

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

Sous réserve de l'application des dispositions de l'article 22 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** collectif.

➤ ARTICLE 35: DÉLAIS DE CARENCE

➤ 35.1 Cas général

Les délais de carence commencent à courir au premier jour de la prise d'ef- fet de l'adhésion ou de la mutation. Ils sont déterminés en fonction de l'âge de l'Adhérent ou de l'ayant droit tels que visé dans le tableau figurant au Chapitre 9 du présent règlement. L'âge est déterminé au moment de l'adhésion (et non au 1^{er} janvier de l'année en cours).

Tout nouvel Adhérent et ses ayants droit bénéficient immédiatement des rem- boursements du ticket modérateur (sauf pharmacie remboursée à hauteur de 15 % et 30%) et du forfait journalier hospitalier à l'exclusion des forfaits, allocations, cures, autres forfaits et remboursements de soins refusés par le Régime obligatoire.

Aucun délai de carence n'est appliqué au titre des prestations relevant des paniers 100% Santé.

➤ 35.2 Changement de garantie

Toute demande de changement de garantie ne pourra être acceptée par la **MUTUELLE** qu'après une adhésion minimum d'un an dans le **CONTRAT** en cours.

Toute demande d'extension de garantie s'appliquera avec la durée de carence correspondant à la nouvelle garantie souscrite, déterminée selon les mêmes conditions que lors de l'adhésion.

Le point de départ des délais de carence est la date d'effet de l'adhésion ou du changement de garantie.

Durant la période de carence, le **MEMBRE PARTICIPANT** ou l'ayant droit conserve les garanties acquises avant le changement.

➤ 35.3 Absence de délais de carence

Par dérogation, les nouveaux Adhérents pourront être exemptés des délais de carence pour les risques couverts par leur garantie, sur présentation d'un certificat de radiation, datant de moins de deux mois à la date d'adhésion, en provenance d'une autre Mutuelle relevant du Code de la mutualité ou de tout

autre organisme de complémentaire santé, relevant du Code des Assurances ou du Code de la Sécurité sociale. Les nouveaux Adhérents seront également exemptés de délais de carence dès lors que la Mutuelle aura dénoncé, pour leur compte, leur contrat auprès de leur ancien organisme de complémentaire santé. De même, le nouveau né inscrit dans les trois mois suivant la naissance et l'enfant inscrit dans les trois mois suivant l'adoption, seront dispensés de délais de carence, sous réserve que l'Adhérent ait lui-même terminé sa période de carence.

➤ 35.4 Mutation

En cas de mutation d'un **MEMBRE PARTICIPANT** relevant du collège des individuels vers une garantie applicable aux membres du collège des **COLLECTIVITÉS**, aucune période de carence ne sera appliquée. Les définitions des collèges sont détaillées au Titre II des Statuts de la **MUTUELLE**.

CHAPITRE 2 RÉSILIATION DU CONTRAT

➤ ARTICLE 36 : RÉSILIATION À L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT

Le **MEMBRE PARTICIPANT** a la faculté de résilier son adhésion selon l'une des modalités suivantes :

- Soit par l'envoi d'une lettre simple, tout support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, au siège de la **MUTUELLE**, deux mois avant l'échéance annuelle du contrat, le cachet de La Poste ou le certificat d'horodatage faisant foi ;
- soit par l'envoi d'une lettre simple ou par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité au siège de la **MUTUELLE**, à l'expiration du délai d'un an à compter de la prise d'effet du contrat complémentaire santé, la résiliation prenant effet un mois après que la **MUTUELLE** en ait reçu notification.
- En cas de dénonciation de l'adhésion individuelle par un autre organisme assureur pour le compte de son Adhérent, la demande accompagnée d'un mandat doit être adressée à la **MUTUELLE**, par lettre recommandée ou recommandé électronique. Dans ce cas, la **MUTUELLE** et le nouvel organisme assureur s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture frais de santé de l'Adhérent.

Il est par ailleurs précisé que :

- Par dérogation au droit de résiliation à l'échéance annuelle, le **MEMBRE PARTICIPANT** qui rejoint un contrat collectif obligatoire, doit notifier par écrit sa demande, en adressant au siège de la **MUTUELLE** une lettre simple, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, à laquelle sont jointes l'attestation de l'employeur qui a souscrit un contrat obligatoire et les cartes tiers payant de la **MUTUELLE** en cas de résiliation en cours d'année. Cette résiliation prend effet à la fin du mois qui suit la réception de l'ensemble de ces documents, sous réserve que le **MEMBRE PARTICIPANT** soit à jour de ses cotisations ;
- 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 résiliation, sauf en cas de :
 - résiliation infra-annuelle selon les conditions mentionnées ci-avant au présent article ;
 - décès du **MEMBRE PARTICIPANT** ou de l'ayant droit pour lequel la date de radiation est effective le lendemain du jour de survenance de l'événement.

Dans tous les cas, le **MEMBRE PARTICIPANT** doit restituer sa carte de tiers payant et est redevable de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de dénonciation. La **MUTUELLE** rembourse le cas échéant à l'Adhérent le solde de cotisations, dans un délai maximum de 30 jours à compter de la date d'effet de sa radiation.

Un certificat de radiation est envoyé sur demande au **MEMBRE PARTICIPANT** ayant résilié son adhésion.

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

ARTICLE 37 : RÉSILIATION À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

Conformément à l'article 9.5 des présentes Conditions générales, la **MUTUELLE** peut résilier en cours d'année le **CONTRAT** collectif ou le **CONTRAT** du **MEMBRE PARTICIPANT** en cas de non-paiement des cotisations dues.

Cette possibilité n'exclut pas le recouvrement, par tous les moyens jugés nécessaires par la **MUTUELLE**, des sommes dues jusqu'au terme du contrat en cours.

Elle se réserve le droit de poursuivre en justice le **MEMBRE PARTICIPANT** ou LA **COLLECTIVITÉ** en vue d'obtenir le paiement de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant les prestations indues et les frais de recouvrement et de procédure.

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 L.911-8 du Code de la Sécurité sociale]. ➤

Pour toute question concernant votre contrat
Vos conseillers CCMO Mutuelle sont joignables
au 03 44 06 90 00

TITRE IV DÉLAIS DE CARENCE DES CONTRATS COLLECTIFS À AFFILIATION OBLIGATOIRE OU À ADHÉSION FACULTATIVE ET INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

➤ 1 Délais de carence Contrats collectifs à affiliation obligatoire⁽¹⁾

Garantie	Code	Délai de carence
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
Radiologie 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

(1) Les délais de carence s'appliquent aux ayants droit, sauf pour les prestations relevant des paniers 100% Santé.

➤ 2 Délais de carence Contrats collectifs à adhésion facultative⁽¹⁾

Garantie/âge du bénéficiaire	Code	Jusqu'à 55 ans	De 55 à 70 ans	Plus de 70 ans
Médecine et soins médicaux	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Pharmacie	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Hospitalisation	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Chambre particulière et frais de séjours et d'accompagnement	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Radiologie et analyses	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Dentaires	S4	3 mois	6 mois	6 mois
Appareillage	S4	3 mois	6 mois	6 mois
Optique	S4	3 mois	6 mois	6 mois
Cure	S2	3 mois	10 mois	12 mois
Allocation naissance	S3	9 mois	9 mois	9 mois
Allocation enfant né sans vie	S3	9 mois	9 mois	9 mois
Allocation adoption	S3	9 mois	9 mois	9 mois
Allocation obsèques	S2	3 mois	10 mois	12 mois
Prévention	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Assistance	S1	3 mois	6 mois	6 mois
Autres garanties	S4	3 mois	6 mois	6 mois

(1) Les délais de carence s'appliquent aux **MEMBRE PARTICIPANTS** et à leurs ayants droit, sauf pour les prestations relevant des paniers 100% Santé.
L'âge est déterminé au moment de l'adhésion et non au 1^{er} janvier de l'année civile en cours.

NATURE DES FRAIS	PIÈCES JUSTIFICATIVES
Pour les séjours et dépassements d'honoraires	Bordereau de la clinique acquitté ou facture acquittée ou l'avis des sommes à payer pour un hôpital public et quittance ou attestation de paiement
Honoraires	Facture détaillée, datée et acquittée
Chambre particulière ou frais de séjour de l'accompagnant	Facture détaillée, datée et acquittée
Frais d'accompagnant	Facture détaillée accompagnée du bulletin de situation
Forfait journalier hospitalier	Facture détaillée, datée et acquittée
Soins courants s'il n'y a pas de télétransmission	Décompte de la Sécurité sociale et facture acquittée
Centre de soins (avec ou sans téléconsultation)	Décompte de la Sécurité sociale et facture acquittée
Soins hors nomenclature + Chirurgie optique	Note d'honoraires du Professionnel de santé comprenant sa signature et son n° RPPS
Soins inscrits à la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) mais non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire	Note d'honoraires du Professionnel de santé acquittée codifiant les soins dispensés
Optique	Facture détaillée, datée et acquittée et/ou bon de livraison optique nominatif et/ou ordonnance et/ou décompte du Régime obligatoire
Lentilles refusées	Factures détaillées, datées et acquittées comprenant la signature et le n° RPPS du Professionnel de santé et/ou ordonnance
Prestations non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire prévues dans le tableau des garanties	Facture détaillée, datée et acquittée comprenant la signature du praticien et son n° RPPS ou Finess
Prothèse dentaire/implantologie/orthodontie/parodontologie	Facture des honoraires acquittée correspondant au devis ou à la prise en charge et selon le cas projet prothétique et/ou radiographie panoramique dentaire et/ou déclaration de conformité de la prothèse ou passeport implantaire nominatif et/ou devis ou prise en charge et/ou décompte du Régime obligatoire
Aides auditives	Selon le cas, audiogramme et/ou devis normalisé (période d'essai d'un mois) et/ou facture détaillée, datée et acquittée et/ou bon de livraison appareil auditif nominatif et/ou ordonnance et/ou décompte du Régime obligatoire
Pharmacie prescrite non remboursée	Facture conforme acquittée nominative et ordonnance du médecin
Pharmacie non prescrite non remboursée	Facture conforme acquittée nominative
Cure thermique	Décompte du Régime obligatoire et/ou facture de l'établissement thermal et/ou factures des frais d'hébergement et transports acquittées
Soins à l'étranger	Décompte du Régime obligatoire et facture acquittée

➤ 4 Encadrement réglementaire des remboursements optiques, aides auditives et dépassements d'honoraires des médecins non adhérents DPTM (en application du décret n° 2019-21 du 21 janvier 2019)

➤ 4.1 Équipements optiques

Dès lors que la garantie prévoit un remboursement de l'équipement optique supérieur au ticket modérateur, la garantie doit prévoir un remboursement ne pouvant être inférieur au minimum et supérieur au maximum définis par la réglementation. Le remboursement total de la monture et des verres ne peut pas excéder les maximums définis par la réglementation. Par remboursement total, il faut entendre la somme des remboursements perçus par le Régime de base et par les différents Régimes complémentaires.

Remboursements équipements optiques encadrés réglementairement	Minimum	Maximum
1 monture + 2 verres simples	100 € (*)	420 € (*)
1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	125 € (*)	560 € (*)
1 monture + 2 verres complexes	200 € (*)	700 € (*)
1 monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	125 € (*)	610 € (*)
1 monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	200 € (*)	750 € (*)
1 monture + 2 verres très complexes	200 € (*)	800 € (*)
(*) dont monture	100 % BR	100 €

Grille de définition des verres telle que fixée par l'arrêté du 3 décembre 2018

		VERRES UNIFOCaux			VERRES MULTI-FOCAUX / PROGRESSIFS		
	CYLINDRE	0 dioptrie	]0-4] dioptries	]4 dioptries et +	0 dioptrie	]0-4] dioptries	]4 dioptries et +
SPHÈRE		-	2	6	-	-	8
]-12 dioptries et +	-6						
]-12 à -8] dioptries							
]-8 à -4] dioptries							VERRES TRÈS COMPLEXES
]-4 à -2] dioptries							
]-2 à 0] dioptries		VERRES SIMPLES		VERRES COMPLEXES			
]0 à 2] dioptries	6						
]2 à 4] dioptries							
]4 à 8] dioptries							
]8 à 12] dioptries							
]12 dioptries et +							

➤ 4.2 Aides auditives

Le remboursement total de l'aide auditive ne peut pas excéder le maximum défini par la réglementation. Par remboursement total, il faut entendre la somme des remboursements perçus par le Régime de base et par les différents Régimes complémentaires.

Remboursement aide auditive encadré réglementairement	Maximum
Aide auditive adulte (âge > à 20 ans)	1700 €
Aide auditive enfant (âge < ou = à 20 ans) ou personne atteinte de cécité	1700 €

➤ 4.3 Dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM)

Remboursement maximum de la mutuelle: Ticket modérateur (TM) + 100 % de la Base de Remboursement (BR) du Régime obligatoire.

➤ 5 Liste des vaccins prescrits, non remboursés par le Régime obligatoire

Liste B - vaccinations prescrites non remboursées par le Régime obligatoire
Méningoencéphalite à tiques
Hépatite A
Méningite à virus A
Leptospirose
Typhoïde
Fièvre jaune
Rage

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

Conditions générales des contrats collectifs Santé à affiliation obligatoire ou à adhésion facultative à effet du 1^{er} juillet 2025
ratifiées par l'Assemblée générale du 23 mai 2025.

Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité - N° 780508073

et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution [ACPR] 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 9