CONTRAT COLLECTIF DE FRAIS DE SANTE

A ADHESION OBLIGATOIRE

(AVEC OPTIONS)

NOTICE D'INFORMATION

NIFSOF-MNH

01/01/2024

SOMMAIRE

DÉFINITIONS 4

DISPOSITIONS GÉNÉRALES 6

ARTICLE 1 6
BENEFICIAIRES 6

ARTICLE 2 6
AFFILIATION DES MEMBRES PARTICIPANTS ET DES AYANTS DROIT 6

ARTICLE 3 8
MAINTIEN ET SUSPENSION DE L'AFFILIATION 8

ARTICLE 4 9
MAINTIEN SPECIFIQUE DES GARANTIES 9

PRESTATIONS SANTE 11

ARTICLE 5 11
OBJET DES PRESTATIONS 11

ARTICLE 6 13
FRAIS DE SOINS DE SANTE A L'ETRANGER 13

ARTICLE 7 14
DISPOSITIONS PARTICULIERES A CERTAINES PRESTATIONS 14

ARTICLE 8 17
PLAFOND DE PRESTATIONS 17

ARTICLE 9 17
EXCLUSIONS DE GARANTIE 17

ARTICLE 10 18
REVISION DES PRESTATIONS 18

VERSEMENT DES PRESTATIONS 18

ARTICLE 11 18
OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS 18

ARTICLE 12 18
DECHEANCE ET DELAIS DE DECLARATION 18

ARTICLE 13 18
DECLARATION DE SINISTRE ET FORMALITES 18

ARTICLE 14 18
PAIEMENT DES PRESTATIONS 18

ARTICLE 15 19
DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS 19

ARTICLE 16 19
TIERS PAYANT 19

GARANTIES EN OPTION 19

ARTICLE 17 19
OBJET 19

ARTICLE 18 19
ADHESION DES MEMBRES PARTICIPANTS ET AYANTS DROIT AUX OPTIONS 19

ARTICLE 19 20
DENONCIATION DE L'ADHESION AUX OPTIONS 20

ARTICLE 20 20
PRESTATIONS 20

ARTICLE 21 21
NOTIFICATION DES MODIFICATIONS AFFERENTES AUX GARANTIES EN OPTION 21

Article 22 21
COTISATIONS AU TITRE DES GARANTIES EN OPTION 21

Article 23 21

DEBITEUR DE LA COTISATION 21

ARTICLE 24 21
NON-PAIEMENT DES COTISATIONS DES GARANTIES EN OPTION 21

ARTICLE 25 21
SUSPENSION DES GARANTIES EN OPTION 21

ARTICLE 26 21
TERME DES GARANTIES EN OPTION 21

COTISATIONS 22

ARTICLE 27 22
MONTANT DES COTISATIONS 22

ARTICLE 28 22
MODALITES DE PAIEMENTDES COTISATIONS 22

ARTICLE 29 22
NON PAIEMENT DES COTISATIONS 22

ARTICLE 30 23
REVISION DES COTISATIONS 23

DISPOSITIONS DIVERSES 24

ARTICLE 31 24
FRAUDE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE 24

ARTICLE 32 24
RECOURS SUBROGATOIRE DE LA MUTUELLE EN CAS D'ACCIDENT 24

ARTICLE 33 24
PRESTATIONS INDUES 24

ARTICLE 34 24
DELEGATION DE GESTION 24

ARTICLE 35 24
PRESCRIPTION 24

ARTICLE 36 25
INFORMATIQUE ET LIBERTES 25

ARTICLE 37 25
SECRET PROFESSIONNEL 25

ARTICLE 38 26
LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX 26

ARTICLE 39 26
RECLAMATION - MEDIATION 26

ARTICLE 40 26
VALEUR CONTRACTUELLE 26

ARTICLE 41 27
AUTORITE DE CONTROLE 27

ARTICLE 42 27
FONDS SOCIAUX ET DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE 27

ANNEXE 28

DÉFINITIONS

Les termes et expressions mentionnés dans la présente Notice en majuscule pour les sigles ou avec la première lettre en majuscule ont la signification qui leur est attribuée ci-après :

Actes Hors Nomenclature : actes non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et non-inscrits aux nomenclatures des actes médicaux.

Affiliation : lien contractuel entre le Membre participant et/ou les Ayants droit et la Mutuelle.

Assuré : assuré social, c'est-à-dire la personne affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie.

Ayant droit : le Conjoint et/ou les enfants à charge d'un Membre participant, tels que définis ci-après.

Base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Notion pouvant encore être appelée « Tarif de Responsabilité » (TR), « Tarif de convention » (TC) ou « Tarif d'autorité » (TA). Le prix facturé à l'assuré peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement. Exemple : dépassement d'honoraires pour une consultation réalisée par un médecin de secteur 2.

Bénéficiaire : la personne qui recevra la prestation due par la Mutuelle en cas de réalisation d'un des Risques garantis par le Contrat.

Conjoint : le conjoint du Membre participant légalement marié non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;

à défaut, le partenaire lié au Membre participant par un PACS conformément à l'article 515-1 du code civil ;

à défaut, le concubin du Membre participant, sous réserve que le concubin et le Membre participant ne soient tous les deux ni mariés ni pacsés, que le concubinage ait été établi de façon notoire et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même.

Contrat : contrat collectif conclu entre le Souscripteur et la Mutuelle.

Contrat socle : contrat santé de base applicable à tous les salariés concernés à titre obligatoire.

Déchéance : Privation du droit aux prestations en espèces prévues à la suite du non-respect de certaines obligations limitativement fixées par le Contrat.

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : Dispositif mis en place par l'Assurance maladie auquel les médecins peuvent adhérer afin d'améliorer l'accès aux soins de leurs patients en limitant les dépassements d'honoraires et en leur permettant d'être mieux remboursés. Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée actuellement en vigueur sont :

- l'OPTAM : Option de pratique tarifaire maîtrisée ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2),
- l'OPTAM-CO : Option de pratique tarifaire maîtrisée ouverte aux médecins de secteur 2 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

La liste des médecins de secteur 2 qui ont adhéré à l'un de ces dispositifs est consultable sur le site internet : www.ameli-direct.ameli.fr.

Entreprise Adhérente : entreprise filiale du Souscripteur qui adhère au Contrat que celui-ci a souscrit auprès de la Mutuelle.

Enfant à Charge : nés ou à naître (c'est-à-dire nés viables dans les dix mois qui suivent le décès du Membre participant) légitimes, naturels, reconnus, adoptifs ou recueillis, dont le Membre participant pourvoit aux besoins et assure l'entretien de manière effective et permanente et qui sont :

- Agés de moins de 21 ans,
- Ou âgés de moins de 26 ans s'ils poursuivent des études, s'ils sont en apprentissage, s'ils bénéficient d'un contrat de professionnalisation et que leurs ressources n'excèdent pas 80 % du SMIC, ou s'ils sont sans emploi,
- Quel que soit leur âge, les enfants atteints d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité et de percevoir un salaire imposable, s'ils justifient de la carte d'invalidité prévue par l'article L241-3 du Code de l'Action sociale et des familles, attribuée à toute personne dont le taux d'invalidité est égal ou supérieur à 80 %.

Garantie : elle correspond à l'engagement de la Mutuelle de verser une prestation si le Membre participant ou, le cas échéant, les Bénéficiaires sont victimes d'un sinistre.

Honoraires Limites de Facturation : montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'Assurance Maladie obligatoire pour un acte donné. Ils sont fixés par la Convention Nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie.

Membre participant : vous-même si vous avez la qualité de salarié du Souscripteur appartenant à la catégorie professionnelle sur laquelle repose le risque.

Mutuelle : l'organisme assureur qui garantit les risques afférents aux prestations prévues au Contrat : La Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des professionnels de la santé et du social (MNH), Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du code de la mutualité, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 606 361, dont le siège social est situé 331, avenue d'Antibes 45200 AMILLY.

NOEMIE : sigle de la dénomination « Norme Ouverte d'Echanges Maladie avec les Intervenants Extérieurs ». C'est un système de télétransmission des informations sur vos frais maladie qui consiste à intégrer dans une seule base les décomptes de l'Assurance Maladie Obligatoire et ceux de votre mutuelle santé.

Nomenclature : les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, sage-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites.), il s'agit de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ;
- pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie,…) et pour les actes dentaires, il s'agit de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) ;
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) ;
- pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage,…), il s'agit de la Liste des produits et prestations (LPP) ;
- pour les soins hospitaliers, il s'agit de groupes homogènes de séjours (GHS).

Option : garanties ayant pour objet de compléter à titre facultatif le niveau des garanties servies au titre du contrat socle.

PACS : sigle désignant le Pacte Civil de Solidarité.

Parcours de soins coordonné : circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursés normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonné une personne qui :

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention,
- consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », auquel elle a été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et, dans la plupart des cas, l'assurance maladie complémentaire ne prend pas en charge la différence.

Plafond mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) : Montant de référence utilisé pour le calcul de certaines cotisations sociales et de certaines prestations de sécurité sociale. Chaque année, le plafond de la Sécurité sociale est revalorisé conformément aux règles prévues par le Code de la Sécurité sociale (Article D.242-17) et sa valeur est fixée par arrêté ministériel.

Prestation : elle correspond à l'exécution de la garantie par la Mutuelle.

Prix Limites de Vente (PLV) : prix maximums facturables par les professionnels de santé, fixés par le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) pour les équipements d'optique et les aides auditives du panier 100% santé. La Mutuelle rembourse le reste à charge de l'assuré, en complément du remboursement du Régime Obligatoire, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

Régime Obligatoire (RO) : Régime légal de protection sociale français auquel sont obligatoirement affiliés le Membre participant et ses Ayants droit.

Remboursement de la Sécurité sociale :

- *Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)* : ce montant est égal à la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.
- *Ticket modérateur (TM)* : part des frais de santé non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie, égale à la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) et le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR), avant déduction d'une éventuelle participation forfaitaire ou franchise.

Risque : le risque est un événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du Membre participant ou du Bénéficiaire.

Sinistre : le sinistre correspond à la réalisation du risque.

Souscripteur : la personne morale ou l'employeur qui souscrit le Contrat au profit d'une catégorie objective de personnel définie au Contrat.

Tiers payant : système de paiement qui évite aux Bénéficiaires de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils vous ont délivrés.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Cette Notice d'Information a pour objet de décrire les modalités de fonctionnement de votre Contrat.

ARTICLE 1

BENEFICIAIRES

1.1 Périmètre des Bénéficiaires du Contrat

Le périmètre des Bénéficiaires des garanties dépend de la structure de cotisations choisie par votre Etablissement.

Selon la garantie souscrite par votre Etablissement et la structure de cotisations applicable, vous choisissez les personnes répondant à la définition d'Ayants droit que vous souhaitez faire admettre au bénéfice de ces garanties.

L'Affiliation de vos Ayants droit est facultative.

1.2 Ajout ou suppression de Bénéficiaires

L'Affiliation des Ayants droit étant facultative, vous pouvez modifier les Bénéficiaires des garanties :

- chaque 1er janvier, sous réserve que vous en fassiez la demande auprès de la Mutuelle avant le 31 octobre de l'année précédente ;
- à l'occasion d'une naissance ou d'une adoption au 1er du mois en cours si la demande est faite dans les 2 mois suivant l'événement ;
- et en cas de changement de situation familiale au 1er du mois suivant si la demande a été faite dans les 2 mois suivant l'évènement.

ARTICLE 2

AFFILIATION DES MEMBRES PARTICIPANTS ET DES AYANTS DROIT

2.1 Modalités d'Affiliation des Membres participants

2.1.1. Conditions d'affiliation des membres participants

Au titre du Contrat, vous êtes affilié, à titre obligatoire, au Contrat, et bénéficiez à ce titre des garanties obligatoires de la formule souscrite par le Souscripteur, dès lors que vous appartenez à la catégorie professionnelle définie au Contrat :

- Sous réserve de remplir les conditions éventuellement fixées par les actes instituant le régime de protection sociale complémentaire établis par votre employeur ;
- Et sauf cas de dispense d'Affiliation en conformité avec les dispositions légales et réglementaires et l'acte de mise en place du régime (accord d'entreprise, d'un référendum ou d'une décision unilatérale).

Les salariés acquièrent la qualité de Membres Participants de la Mutuelle.

Le Contrat s'applique uniquement si vous, et vos éventuels Ayants droit, êtes affiliés au régime obligatoire de sécurité sociale français.

Votre adhésion ne pourra toutefois produire ses effets que dans la mesure où vous renseignez intégralement et signez, le Bulletin individuel d'Affiliation type de la Mutuelle dans lequel vous précisez notamment votre état civil, le choix de votre formule et tous vos Ayants droit affiliés selon la structure de cotisations mentionnée au Tableau des cotisations et les règles relatives à la définition des Ayants droit mentionnées dans « *CHOIX DES OPTIONS ET BENEFICIAIRES* ».

2.1.2 Date d'effet et durée de l'Affiliation

Sous réserve du respect des conditions relatives à l'Affiliation visées à l'article ci-dessus, votre Affiliation prend effet :

- Soit à la date de prise d'effet du Contrat lorsque vous figurez à cette date dans les effectifs de la catégorie professionnelle couverte par le contrat,
- Soit à la date de votre embauche ou de votre mutation dans la catégorie professionnelle couverte par le Contrat si elle est postérieure à la date d'effet du Contrat,
- Soit à la date à laquelle la dispense dont vous bénéficiez finit de produire ses effets.

2.1.3 Le changement de formule frais de soins de santé

Lorsque le Contrat propose plusieurs formules, vous pouvez modifier le niveau de votre garantie en choisissant une formule :

- de niveau supérieur lorsque votre Adhésion a une autre formule de niveau inférieur a atteint une durée de 12 mois ;
- de niveau inférieur lorsque votre Adhésion à une autre formule de niveau supérieur a atteint une durée de 24 mois.

Vous devez adresser à la Mutuelle une demande de changement de garanties au plus tard le 31 octobre.

La modification prend effet au plus tôt le 1er janvier de l'année qui suit la demande.

La notion de formule « supérieure » ou « inférieure » est déterminée par comparaison des montants des cotisations afférentes aux formules

En cas de naissance, de divorce, de séparation, de veuvage, de décès d'un Ayant droit, de retraite ou lorsque votre dernier enfant perd son statut d'Enfant à charge, vous pouvez modifier le niveau de votre formule au premier jour du mois suivant l'évènement à condition que vous en fassiez la demande à la Mutuelle dans les trois mois qui suivent le changement de situation.

2.1.4 Justificatifs à fournir

Vous devez joindre au Bulletin Individuel d'Affiliation :

- La photocopie de l'attestation papier d'assuré social qui accompagne la carte Vitale ;
- Un relevé d'identité bancaire, avec un mandat SEPA ;
- Ainsi que la photocopie de l'attestation papier d'assuré social qui accompagne la carte Vitale pour les Ayants droit lorsqu'ils sont eux-mêmes assurés sociaux.

Pour justifier de la qualité de qualité d'ayant droit, la Mutuelle pourra demander :

- S'agissant du Conjoint marié : la copie du livret de famille ;
- S'agissant d'un concubin : un justificatif fiscal de domicile commun ;
- S'agissant d'une personne liée par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) : une attestation d'engagement dans les liens d'un PACS ;
- S'agissant des enfants à charge de plus de 21 ans et de moins de 26 ans : un justificatif de scolarité, un certificat d'apprentissage, une copie du contrat de formation en alternance ou une copie du certificat d'inscription à Pôle Emploi ;
- S'agissant des enfants handicapés : le justificatif de perception de l'allocation pour personnes handicapées ou une copie de la carte d'invalidité.

Les pièces visées ci-dessus exigées s'agissant des enfants à charge sont à renouveler annuellement.

2.2 Affiliation des Ayants droit

2.2.1 Modalités d'Affiliation des Ayants droit

L'Affiliation des Ayants droit du Membre participant, tels que définis ci-après, au Contrat collectif obligatoire est facultative quelle que soit la structure de cotisations applicable.

2.2.2 Définition des Ayants droit

Sont considérés comme Ayants droit :

- Votre Conjoint et assimilés :
- Votre conjoint civilement marié non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- Ou votre concubin, sous réserve que votre concubin et vous soyez tous les deux libres de tout engagement, que le concubinage ait été établi de façon notoire et que votre domicile fiscal soit le même ;
- Ou votre partenaire lié par un PACS conformément à l'article 515-1 du Code civil.

Vos enfants à charge, c'est-à-dire les enfants rattachés fiscalement à votre foyer, légitimes, naturels, reconnus, adoptés ou recueillis dont vous pourvoyez aux besoins et assurez l'entretien de manière effective et permanente, et sous réserve d'apporter annuellement tout justificatif de leur situation et qu'ils soient au 1er janvier de l'année en cours :

- Âgés de moins de 21 ans ;
- Âgés de moins de 26 ans :
- S'ils poursuivent leurs études ;
- Ou sont en apprentissage ;
- Ou bénéficient d'un contrat de professionnalisation et que leurs ressources n'excèdent pas 80 % du SMIC ;
- Ou s'ils sont sans emploi.
- Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du Membre participant (parent légitime).

Les enfants sont considérés « à charge », quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité et de percevoir un salaire imposable, et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

2.2.3 Modalités et cessation de l'Affiliation des Ayants droit

2.2.3.1. Modalités de l'Affiliation des Ayants droit

L'Affiliation de vos Ayants droit, tels que définis ci-avant, est facultative, sauf dispositions contraires au Contrat prévoyant leur affiliation obligatoire.

Vous affiliez les Ayants droit sous réserve des règles définissant le périmètre des Ayants droit fixées au Contrat.

Pour ce faire, l'employeur adresse à la Mutuelle un Bulletin Individuel d'Affiliation dument remplit par vous mentionnant les Ayants droit que vous voulez affilier ainsi que les pièces justificatives visées ci-avant.

La couverture des Ayants droit prend effet à la même date que la vôtre, si leur Affiliation a lieu en même temps la vôtre.

Dans les autres cas, elle prend effet :

- Chaque 1er janvier, sous réserve que la demande ait été formulée auprès de la Mutuelle avant le 31 octobre de l'année précédente ;
- À l'occasion d'une naissance ou d'une adoption au 1er jour du mois en cours si la demande est faite dans les 2 mois suivant l'événement ;
- Et en cas de changement de situation familiale au 1er jour du mois suivant si la demande a été faite dans les 2 mois suivant l'évènement.

2.2.3.2. Cessation de l'Affiliation des Ayants droit

<u>Cessation de plein droit</u>

La cessation de vos droits entraîne automatiquement la cessation de ceux de vos Ayants droit.

<u>Changement de situation familiale / évènement exceptionnels</u>

Lorsqu'un de vos Bénéficiaires ne remplit plus les conditions pour bénéficier de la qualité d'Ayant droit, son Affiliation cesse au premier jour du mois suivant l'événement, si la demande est reçue dans les deux mois

qui suivent l'événement, sinon au 31 décembre à minuit de l'année au cours de laquelle survient l'évènement qui ne permet plus de satisfaire lesdites conditions.

En tout état de cause, vous pouvez résilier l'Adhésion de :

- Votre Conjoint en cas de divorce ou de séparation de corps d'avec votre Conjoint, de rupture de votre PACS avec votre partenaire, de séparation d'avec votre concubin ;
- Un enfant à charge lorsque l'enfant ne correspond plus à la définition d'enfant à charge ;
- Un Ayant droit en cas de décès.

Dans les cas précités, l'Adhésion cesse au premier jour du mois suivant l'évènement.

Résiliation à votre initiative

Sauf dispositions contraires au Contrat, l'Affiliation de vos Ayants droit peut être résiliée, au 31 décembre de l'année, à votre demande par notification adressée à la Mutuelle moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

Vous pouvez notifier à la Mutuelle votre demande de résiliation :

- Soit par lettre simple ou tout autre support durable ;
- Soit par lettre recommandée ou recommandé électronique ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- Soit par acte extra-judiciaire ;
- Soit, en cas d'Adhésion par l'un des modes de communication à distance proposés par la Mutuelle, par le même mode de communication ;
- Soit par mail.

Il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle, si l'Ayant droit apporte la preuve qu'un acte de mise en place conforme aux dispositions de l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale ou qu'une convention collective impose son Affiliation obligatoire à un régime collectif d'un autre organisme. Dans ce cas, la résiliation sera effective au premier jour du mois qui suit la réception de la demande écrite, sous réserve de produire une pièce justificative.

2.3 Cessation des droits des Membres participants

2.3.1 Cessation à l'initiative du Membre participant

Votre Affiliation au contrat collectif est résiliée de plein droit :

- Soit à la date de prise d'effet de la résiliation du Contrat collectif ;
- Soit à la date de rupture du contrat de travail sous réserve des dispositions de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale,
- Soit à la date de départ à la retraite ;
- Soit à la date de la mutation dans une catégorie autre que celle(s) couverte(s) par le Contrat ;
- Soit à la date de la perte de la qualité de Membre Participant.

En tant que Membre participant, assuré à titre obligatoire, vous ne pouvez résilier votre affiliation au contrat socle de manière individuelle et de votre propre fait.

ARTICLE 3

MAINTIEN ET SUSPENSION DE L'AFFILIATION

3.1 Maintien de l'Affiliation en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Vos garanties sont maintenues, dans les conditions fixées au contrat, lorsque votre contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle vous bénéficiez :

- D'un maintien total ou partiel de la rémunération versée par votre employeur ;
- Ou d'indemnités journalières complémentaires financées en tout ou partie par votre employeur ;
- Ou d'un revenu de remplacement versé par votre 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 contribution de votre employeur est maintenue pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée et vous devez continuer de vous acquitter la part salariale de la cotisation.

Le maintien de votre Affiliation et le cas échéant de votre Adhésion emporte le maintien de celle de vos Ayants droit.

3.2 Suspension de l'Affiliation en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

Votre Affiliation au Contrat socle, et par conséquent les garanties, sont suspendues lorsque votre contrat de travail est suspendu sans indemnisation (par exemple congés sans solde, congé sabbatique visé aux articles L. 3142-28 et suivants du Code du travail, congé parental d'éducation à 100 % visé aux articles L. 1225-47 et suivants du Code du travail, périodes d'exercices militaires, de mobilisation, de captivité).

La suspension des garanties intervient à la date de la suspension de votre activité professionnelle et s'achève :

- dès la reprise effective de votre travail au sein de l'effectif assuré,
- dès que vous vous trouvez dans une des situations justifiant le maintien des garanties telles que définies ci-dessus,

sous réserve que la Mutuelle en soit informée dans un délai de deux mois suivant la reprise.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due ni aucune prestation.

Effets de la suspension de la garantie :

Les frais médicaux, chirurgicaux et maternité dont la date des soins se situe durant cette période de suspension ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du contrat ni au bénéfice du tiers payant.

Toutefois, par dérogation à ce qui précède, les garanties souscrites par le Souscripteur peuvent être maintenues, sous réserve d'en faire la demande auprès de la Mutuelle par courrier dans le mois qui suit la suspension du contrat de travail.

La cotisation, à la charge du Membre participant, est celle prévue pour le personnel en activité y compris la part employeur. Elle est appelée directement auprès du Membre participant et payable par prélèvement sur son compte bancaire.

Le maintien de l'assurance cesse :

- À la date de fin de la période de suspension ;
- En cas de défaut de paiement des cotisations ;
- À la date de rupture du contrat de travail ;
- À la date de la mutation dans une catégorie autre que celle(s) couverte(s) par le Contrat ;
- Et, en tout état de cause, en cas de résiliation du Contrat.

ARTICLE 4

MAINTIEN SPECIFIQUE DES GARANTIES

4.1 Le maintien des Garanties en cas de cessation du contrat de travail donnant lieu à indemnisation par l'assurance chômage dans le cadre de la « *portabilité* »

En application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, en cas de cessation de votre contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, vous bénéficiez du maintien à titre gratuit des Garanties complémentaires santé.

Le maintien des Garanties est applicable à compter de la date de cessation de votre contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de ses derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

Le bénéfice du maintien des Garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.

Les Garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise. En conséquence, toute évolution du régime dont l'ancien salarié relève, postérieure à sa sortie des effectifs de l'entreprise (modification des prestations…) lui est opposable.

Vos Ayants droit, qui bénéficient effectivement des Garanties à la date de la cessation de son contrat de travail, sont également admis au bénéfice du maintien de leurs Garanties aux conditions susvisées.

Vous devrez justifier de l'ensemble de ces conditions auprès de la Mutuelle, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des Garanties.

Le financement du maintien des Garanties est assuré à titre gratuit par un système de mutualisation.

L'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe la Mutuelle de la cessation du contrat de travail.

Cessation du maintien

A l'égard de l'ancien salarié, le maintien des garanties cesse :

- En cas suspension des garanties pour défaut de paiement par le Souscripteur des cotisations afférentes aux garanties souscrites au titre du Contrat ;
- À la date de cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage ;
- À l'issue de la durée de maintien à laquelle le Bénéficiaire a droit telle que définie au présent article ;
- À la date d'effet de la résiliation du Contrat collectif souscrit par l'employeur.
- A l'égard des Ayants droit de l'ancien salarié, le maintien des garanties cesse :
- À la date de cessation du maintien de l'ancien salarié,
- À la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions leur conférant la qualité d'Ayants droit.

MISE EN ŒUVRE DE LA PORTABILITÉ ET ARTICULATION AVEC L'ARTICLE 4 DE LA LOI EVIN

Pour bénéficier du maintien des garanties au titre de la portabilité, vous devez, en tant qu'ancien salarié justifier, directement auprès de la Mutuelle, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article (notamment de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage).

Au terme de la durée de portabilité, vous pouvez solliciter de la Mutuelle, au titre de l'article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, le maintien sans condition de durée, à titre individuel, des Garanties du Contrat sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaires médicaux, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle il a bénéficié à titre temporaire du maintien des Garanties. La Mutuelle doit vous adresser, en tant qu'ancien Membre participant, une proposition de maintien de la couverture au plus tard deux mois à compter de la fin de la période du maintien des Garanties.

Les Garanties prennent effet au plus tard le lendemain de la demande.

4.2 Le maintien des Garanties aux invalides, aux retraités, aux chômeurs et aux Ayants droit du Membre participant décédé dans le cadre de l'article 4 de la Loi Evin

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, vous pouvez solliciter de la Mutuelle le maintien de la couverture, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux si vous entrez dans l'une des catégories suivantes :

- Anciens Membres participants Bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, ou d'une pension de retraite, sans condition de durée ;
- Personnes Garanties du chef de l'Assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès. L'établissement employeur est tenu d'informer la Mutuelle de cette demande afin qu'elle(il) puisse adresser la proposition de maintien de couverture aux personnes concernées.

La Mutuelle maintient la couverture à condition de recevoir la demande de maintien dans les six mois suivant la date de cessation du contrat de travail, ou de votre décès selon les circonstances.

La Garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

La Mutuelle adresse la proposition de maintien de la couverture au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de cessation de votre contrat de travail ou de la date de votre décès pour vos Ayants droit.

Les garanties sont identiques à celles des salariés actifs au titre du présent Contrat. Les tarifs applicables seront identiques aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs au moment de la rupture du contrat de travail, lors de la première année du Contrat « Loi Evin », et ne pourront évoluer que dans les limites fixées par les dispositions réglementaires en vigueur proportionnellement aux évolutions tarifaires du présent Contrat applicable aux salariés actifs.

4.3 Le maintien individuel des Garanties en cas de résiliation du Contrat collectif

La résiliation ou le non-renouvellement du Contrat, quelle qu'en soit la cause, entraîne, à sa date d'effet, la cessation de vos Garanties et de celles de vos Ayants droit.

En application de l'article 5 de la Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, vous disposez de la faculté de solliciter le maintien de votre couverture, à titre individuel, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux.

Ainsi, en cas de résiliation du contrat collectif, vous serez informé des conditions tarifaires afférentes à ce maintien.

Afin de solliciter le maintien de la couverture, vous devez en faire la demande avant la fin du délai de préavis prévu en cas de résiliation du contrat (2 mois par principe).

La cotisation sera intégralement supportée par vous dans ce cadre.

PRESTATIONS SANTE

Les prestations santé dont vous bénéficiez sont mentionnées au Tableau de prestations.

ARTICLE 5

OBJET DES PRESTATIONS

5.1 Objet des prestations

Les prestations ont pour objet de vous assurer à vous et éventuellement à vos Ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période d'ouverture des droits à prestations en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Les prestations du contrat répondent aux conditions des articles L. 911-7 et D. 911-1 Code de la Sécurité sociale. Elles sont responsables au sens des articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivant du Code de la sécurité sociale.

Les frais de santé concernés par la Garantie sont ceux occasionnés par des soins reçus en France, sous réserve des dispositions de l'article *« FRAIS DE SOINS DE SANTÉ À L'ÉTRANGER »*

La Mutuelle intervient dès lors que vous bénéficiez d'une prise en charge par le régime obligatoire. Pour certains actes non remboursés par la Sécurité sociale, elle intervient en complément de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française prévue pour les actes de même nature lorsqu'ils sont remboursés et selon les prestations prévues à la présente Notice d'information.

Les frais de santé doivent correspondre à des soins reçus, quelle que soit la date d'apparition de la maladie, postérieurement à la date d'effet du Contrat et d'Adhésion du Bénéficiaire, et en tout état de cause, avant toute cessation des droits.

5.2 Bases de remboursement des prestations

La Mutuelle garantit le versement des prestations en nature, complémentaires à celles servies au titre de la législation sur la Sécurité sociale, en tenant compte, pour l'ensemble des prestations, du respect du Parcours de soins coordonné.

Selon les cas, les prestations sont exprimées en pourcentage des Bases de remboursement de la Sécurité sociale ou le cas échéant forfaitairement. Elles sont également réglées sur la base de la Nomenclature des actes et tarifs appliqués par la Sécurité sociale à la date des soins.

Le remboursement des consultations et des actes des médecins non conventionnés est calculé sur la base du tarif d'autorité.

Le montant des prestations inclut le remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie dans la limite des frais réels et des niveaux de prestations prévus au Contrat.

En cas de modifications des règles et dispositions de l'assurance maladie, les éléments de remboursement des frais de santé pourront être réévalués.

Les prestations versées ne peuvent, en aucun cas, excéder le montant des frais restant à votre charge en tenant compte des remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les frais non remboursés par la Sécurité sociale ne donnent lieu à aucun versement de Prestations de la part de la Mutuelle, sauf indication contraire dans le Tableau de prestations selon l'option choisie par le Souscripteur.

Les forfaits dits « annuels » sont valables du 1er janvier au 31 décembre sauf dispositions spécifiques des garanties, sans proratisation pour les Affiliations en cours d'année. Le forfait peut être versé en une ou plusieurs fois.

Dans le cadre d'un remboursement à 100% par le régime obligatoire d'assurance maladie, pour un acte ou un soin

- Si la garantie ne prévoit pas de dépassement d'honoraires : le total des remboursements du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peut excéder 100% de la base de remboursement conventionnel ;
- Si la garantie prévoit des dépassements d'honoraires : la participation de la Mutuelle est minorée du montant du Ticket modérateur.

5.3 « Contrats responsables »

Les prestations servies dans le cadre du Contrat sont conformes aux dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale qui définissent les « *contrats responsables* ». Dans ce cadre, le contrat couvre notamment le panier de soins dit « *100% santé* ».

La Mutuelle prend ainsi en charge :

- L'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 160-5 du Code de la Sécurité sociale (ticket modérateur), sauf pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article, mais qui peuvent, le cas échéant, être prises en charge dans les conditions prévues au Tableau de prestations ;
- Si cette garantie est prévue au Tableau de prestations, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la Sécurité sociale, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité

- Le forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale, sans limitation de durée ;
- Le forfait patient urgences tel que prévu à l'article L. 160-13 I du Code de la sécurité sociale ;
- L'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit panier « 100% santé », déduction faite de la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (article R 871-2 3°/ premier tiret en optique, article R871-24°/ a) en audiologie (ou aides auditives), article R 871-2 5°/ en soins prothétiques dentaires)
- En optique et audiologie, si le Tableau de prestations prévoit la prise en charge des frais pour l'acquisition des prestations et équipements autres que ceux inclus dans le panier « 100% santé », les planchers et plafonds de garanties doivent être respectés pour la classe B en optique et pour la classe II en audiologie ou aides auditives (article R 871-2 3°/ deuxième tiret en optique, article R.871-2 4°/b) en audiologie).

Les prestations servies le sont dans les conditions définies à l'article R 871-2 dont les termes sontrappelés ci-après :

« Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 comprennent la prise en charge :

1. De l'intégralité de la participation des Assurés définie à l'article R. 160-5. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article ;

2. Si le contrat, le bulletin d'Adhésion ou le règlement propose cette garantie, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité;

3. Des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :

- à hauteur des frais exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;
- dans le respect des limites ci-dessous, si le contrat, le bulletin d'Adhésion ou le règlement prévoit une couverture des frais exposés par l'Assuré en sus de la participation mentionnée au 1° pour l'acquisition d'équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à une classe prévue à l'article L. 165-1 autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée :

a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 420 euros dans les cas suivants :

- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 560 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 700 euros dans les cas suivants :

- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;

d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;

e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;

f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros dans les cas suivants :

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Lorsque l'équipement est composé de verres différents appartenant à une même catégorie a, c ou f définies ci-dessus, les montants minimum et maximum de prise en charge des frais exposés par l'Assuré pour l'équipement sont ceux afférents à cette catégorie.

Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture est limitée à 100 euros.

Les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessus incluent la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation des Assurés mentionnée au 1° pour l'acquisition de l'équipement.

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

4. Des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes :

a) A hauteur des frais exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ;
b) Au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

5. Des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ;

6. Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée. »

En outre, conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, la Mutuelle communique avant la souscription puis annuellement, à chacun de ses adhérents ou Souscripteurs, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes à ces Garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de l'organisme affectés à ces mêmes Garanties, exprimé en pourcentage des cotisations ou primes hors taxes afférentes, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

ARTICLE 6

FRAIS DE SOINS DE SANTE A L'ETRANGER

La Mutuelle garantit les dépenses, soins ou interventions engagés à l'étranger dans le cadre de l'Union européenne ou dans les pays ayant signé une convention de même nature avec le régime français.

Séjours temporaires à l'étranger – Membres participants détachés – résidents à l'étranger :

La Mutuelle intervient dès lors que vous bénéficiez d'une prise en charge par la Sécurité sociale française ou par le régime de Sécurité sociale du pays d'accueil. Dans les deux cas, elle intervient en complément des tarifs théoriques de la Sécurité sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues à la présente Notice d'information.

La Mutuelle prend en charge les soins à l'étranger sous réserve de recevoir les factures détaillées des soins, traduites en langue française, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement auquel elle a donné lieu.

Les Prestations sont toujours payées sur un compte bancaire domicilié en France et en euros.

ARTICLE 7

DISPOSITIONS PARTICULIERES A CERTAINES PRESTATIONS

Les Prestations frais de soins de santé dont vous bénéficiez sont définies dans le Tableau de prestations. Selon la garantie souscrite pat le Souscripteur et le cas échéant selon la formule qu'il a pu choisir, certaines Prestations sont soumises à des conditions spécifiques.

7.1 Hospitalisation

Hospitalisation chirurgicale :

- frais chirurgicaux proprement dits (intervention chirurgicale, frais de salle d'opération, assistance-aide opératoire, frais de séjour...) ;
- soins pré-opératoires : ils doivent intervenir avant l'opération et comprennent une consultation ou visite auprès d'un médecin généraliste, une consultation ou une visite auprès d'un chirurgien, une analyse ;
- soins post-opératoires : ils interviennent après l'opération et comprennent une visite ou une consultation auprès d'un médecin généraliste et/ou d'un chirurgien, une analyse, la rééducation, les massages, la gymnastique médicale et l'appareillage provisoire.

Hospitalisation médicale

- pour tout séjour en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos... ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au premier jour d'hospitalisation.

Hospitalisation à domicile

- hospitalisation donnant lieu à une facturation forfaitaire selon un prix de journée et consécutive, sans interruption, à un séjour hospitalier indemnisé par le Contrat. La prise en charge commence au premier jour d'hospitalisation.

Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de l'hospitalisation

- frais d'hospitalisation liés au séjour (prestations forfaitaires, hébergement) ;
- honoraires médicaux et paramédicaux, actes de laboratoires ;
- frais de chambre particulière : en fonction de la formule souscrite telle que décrite dans le Tableau de prestations ;
- forfait hospitalier : sans limitation de durée ;
- frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans ou pour un enfant handicapé sans condition d'âge : sans limitation de durée ;
- séjours en établissements non conventionnés : la base de remboursement retenue par la Mutuelle sera celle déclarée par le régime obligatoire sur la base des tarifs en vigueur.

Maisons d'accueil spécialisées (MAS) et Maisons d'enfants à caractère social (MECS) : le forfait journalier hospitalier est pris en charge sans limitation de durée.

7.2 Pharmacie

- Les médicaments remboursés par la Sécurité sociale selon les taux en vigueur.
- Les vaccins non remboursés par la Sécurité sociale dans la limite d'un plafond fixé par année civile et par Bénéficiaire.

7.3 Optique

Un équipement est composé de deux verres et d'une monture.

Optique – 100 % santé (classe A)

Les équipements 100 % Santé correspondent aux montures et aux verres de classe A. La liste des produits et des prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale définit les typesde montures et verres entrant dans la classe A.

Lorsque l'équipement entre dans la catégorie des équipements 100 % Santé (classe A), la mutuelle prend en charge l'intégralité de la dépense exposée par le membre participant, en sus des tarifs de responsabilité, à hauteur des prix limites de vente des montures et des verres (de classe A) fixés par la liste des produits et prestations (LPP), déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire. Il en est de même pour la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre.

Optique- Classe B – planchers et plafonds de garanties

La prise en charge des frais pour l'acquisition des prestations et équipements autres que ceux inclus dans le panier « 100 % santé » s'effectue dans le respect des planchers et plafonds de garanties prévus par l'article R.871-2 et l'article D.911-1 du Code de la sécurité sociale.

Les montants de prise en charge par la mutuelle, mentionnés dans le Tableau de prestations, incluent la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur.

Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture est limitée à 100 Euros.

Ces planchers et plafonds s'appliquent également lorsque le membre participant opte pour un équipement composé d'une monture de classe A (100% santé) et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement.

Dans tous les cas, les plafonds intègrent la couverture de la monture qui est limitée à 100 euros dans le remboursement de l'équipement global.

Périodicité

La prise en charge est limitée à un équipement comportant une monture et deux verres par période :

- De 2 ans pour les plus de 16 ans ;
- D'un an, pour les moins de 16 ans ;

- De 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans uniquement dans le cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Cette périodicité s'apprécie à la date de facturation de l'équipement. Elle ne s'applique pas aux cas de renouvellement anticipé prévus par la réglementation.

Dans certains cas, un renouvellement anticipé est prévu dans la liste des produits et prestations prévue àl'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans (sans délai pour les verres) ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue (au terme d'une période minimale d'un an).

La mutuelle applique l'ensemble des conditions de périodicité de prise en charge de l'équipement prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L.165-1 (LPP) du Code de la sécurité sociale.

Double équipement

La prise en charge de deux équipements pour la même période est autorisée uniquement dans les cas définis par la liste des produits et prestations, prévue à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale (pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin avec une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et pour ceux ayant une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique).

Lentilles : les lentilles, peuvent être remboursées par la Mutuelle **dans la limite d'un plafond exprimé par année civile et par Bénéficiaire**. Les lentilles non prises en charge par le régime obligatoire peuvent être remboursées **à condition qu'elles soient inscrites sur la liste des produits et des prestations remboursables (LPPR) et délivrées par un opticien agréé par la Sécurité sociale.**

Les frais inhérents à l'adaptation des lentilles ainsi que les produits accessoires ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

Chirurgie réfractive : l'intervention chirurgicale réfractive peut être prise en charge par la Mutuelle, dans la limite d'un plafond exprimé par an, par œil et par Bénéficiaire.

7.4 Dentaire

La MNH rembourse en fonction de l'identification des actes de la Sécurité Sociale.

Dentaire – 100 % santé

Les soins prothétiques dentaires 100 % Santé correspondent aux actes définis par l'arrêté du 24 mai 2019 relatif aux soins prothétiques dentaires garantis sans reste à charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

Lorsque les soins et actes prothétiques entrent dans la catégorie 100 % Santé, la mutuelle prend en charge l'intégralité de la dépense exposée par le membre participant, en sus des tarifs de responsabilité,à hauteur des honoraires limites de facturation fixés par la convention prévue à l'article L.162-9 du code de la sécurité sociale, déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.

Dentaire – Panier tarifs maîtrisés et panier tarifs libres

La prise en charge des frais pour les soins et actes autres que ceux inclus dans le panier « 100 % santé » s'effectue selon les conditions définies par le Tableau de prestations.

Les actes dentaires sont remboursés selon leur codification dans la « *Classification commune des actes médicaux (CCAM) pour l'activité bucco-dentaire* » et leur association aux différentes prestations « *DENTAIRE* ».

Les prestations peuvent dépendre du détail du type de l'acte réalisé (couronne, implant…) ou du type de prothèse (fixe, amovible…), du matériau ou de l'emplacement de la dent.

Les prestations qui seraient versées par la Mutuelle pour des actes de même nature, dans le cadre d'un Contrat collectif d'assurance surcomplémentaire santé facultatif éventuellement souscrit par l'employeur, sont prises en compte dans le calcul du plafond global prévu par les Conditions particulières du contrat.

Les remboursements au titre des soins dentaires et de l'orthodontie pris en charge par l'assurance maladie obligatoire s'effectuent dans les conditions prévues par le Contrat en dehors du plafond global annuel susvisé.

Sauf mention contraire au sein du Tableau de prestations annexé à la présente Notice, la Mutuelle ne rembourse pas les prothèses dentaires transitoires ou provisoires non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les soins d'orthodontie remboursés ou non par l'assurance maladie obligatoire peuvent être pris en charge par la Mutuelle selon les Prestations figurant au Tableau de prestations.

Dans le cadre de l'orthodontie, ou tout autre acte en série, le droit à prestation est apprécié à la date de fin de chaque période de traitement (trimestre ou semestre). Ainsi, seuls donnent lieu à remboursement par la Mutuelle les soins d'orthodontie pour lesquels la date de fin de période (trimestre ou semestre) se situe pendant la période d'Affiliation du bénéficiaire.

La Mutuelle peut soumettre les dossiers à l'avis de son chirurgien-dentiste conseil, qui pourra procéder au contrôle des travaux dentaires effectués, quelle que soit la nature des soins.

7.5 Matériel médical

Le matériel médical est remboursé selon sa nature et son

association aux différentes Prestations « Matériel médical » telles que mentionnées au Tableau de prestations, **dans la limite d'un plafond fixé audit tableau et exprimé par prothèse**.

7.6 Audiologie ou Aides auditives

Audiologie – 100% santé (classe I)

Les équipements 100% Santé correspondent aux aides auditives de classe I. La liste des produits et des prestations mentionnés à l'article L. 165-1 définit les types d'aides auditives entrant dans la classe I.

Lorsque l'équipement entre dans la catégorie des équipements 100% Santé (classe I), la Mutuelle prend en charge l'intégralité de la dépense exposée par le Membre participant, en sus des tarifs de responsabilité, à hauteur des prix limites de vente des aides auditives (de classe I) fixés par la liste des produits et prestations (LPP), déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.

Audiologie- Classe II –plafonds de garanties

La prise en charge des frais pour l'acquisition des prestations et équipements autres que ceux inclus dans le panier « 100% santé » s'effectue dans le respect du plafond de 1700 Euros par aide auditive fixé par l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Les montants de prise en charge par la Mutuelle, mentionnés dans le tableau de prestations, incluent la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur.

Périodicité

La prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans par Bénéficiaire.

La Mutuelle applique l'ensemble des conditions de périodicité de prise en charge des aides auditives prévues par l'arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L.165-1 (LPP) du Code de la sécurité sociale.

7.7 Dépassements d'honoraires

Si le Contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires, les dépassements des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM/ OPTAM-CO) ne sont remboursés que dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité, et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité.

7.8 Cure thermale

Les cures thermales en hospitalisation : lorsqu'elles sont prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, elles sont remboursées par la Mutuelle dans le cadre de la prestation « HOSPITALISATION » dans la limite des plafonds prévus au tableau de prestations.

Les cures thermales en externat : la Mutuelle peut rembourser, s'il y a lieu, le Ticket modérateur pour les frais de transport, d'hébergement, de surveillance médicale et les soins pris en charge par la caisse d'assurance maladie obligatoire du Bénéficiaire, dans la limite du plafond annuel par Bénéficiaire prévu à la prestation « CURES THERMALES EXTERNES LIBRES ».

Le forfait hébergement peut être versé à condition que la cure soit prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

7.9 Prévention

La Mutuelle prend en charge, conformément à la législation, le ticket modérateur pour les actes de prévention remboursés par la sécurité sociale.

7.10 Naissance

Sous réserve que la formule de Garantie choisie le prévoit, en cas de naissance d'un enfant du Membre participant inscrit comme ayant droit du Membre participant, la Mutuelle peut verser une allocation.

Par assimilation, pour l'adoption d'un enfant de moins de 16 ans, la même allocation est versée.

Elle est versée pour chaque enfant en cas de naissance multiple.

7.11 Obsèques

Sous réserve que la formule de Garantie choisie le prévoit, en cas de décès du Membre participant, ou de l'un de ses Ayants droit s'ils sont Bénéficiaires du Contrat, la Mutuelle peut verser à la personne ayant engagé les dépenses, une participation aux frais funéraires sur présentation d'un acte de décès et d'une facture originale acquittée. Le montant versé est limité aux frais d'obsèques réellement engagés, dans les limites prévues par le Tableau de prestations annexé aux Conditions particulières.

7.12 Services en inclusion des Prestations Santé

7.12.1 Assistance à domicile « MNH Présence »

Vous bénéficiez, pour vous-même et pour vos Ayants droit, de la Garantie d'assistance à domicile « *MNH Présence* ».

Cette Garantie est assurée par IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 157 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris – CS 40 000 - 79033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR - 4 Place de Budapest CS 92459 75436 Paris cedex 09, dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la **Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social (MNH),** au bénéfice de ses Membres participants.

Les Garanties assistance sont incluses dans les Garanties du Contrat. L'Adhésion à ces Garanties est obligatoire conformément aux dispositions de l'article L 221-3 du Code de la mutualité.

Les prestations d'assistance, leurs modalités de mise en œuvre, sont définies dans la notice d'information établie par IMA ASSURANCES remise au Souscripteur préalablement à son Adhésion.

La MNH remet un exemplaire de cette notice d'information au Souscripteur qui a l'obligation de la transmettre à l'ensemble des Membres participants.

7.12.2 Téléconsultation médicale

Vous bénéficiez, pour vous-même et pour vos Ayants droit, d'un service de téléconsultation médicale.

Ce service est proposé par PODALIRE, société par actions simplifiée au capital de 83 800 euros, dont le siège social est 10, rue de Penthièvre – 75008 Paris, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 807 414 024 et dont le nom commercial est MEDAVIZ, dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la **Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social (MNH),** au bénéfice de ses Membres participants.

L'accès au service de téléconsultation médicale est défini dans la notice d'information établie par MEDAVIZ remise au Souscripteur préalablement à son Adhésion.

7.12.3 Carte Blanche Partenaires

Vous bénéficiez, pour vous-même et pour vos Ayants droit, d'un accès au réseau de soins Carte Blanche.

Ce service est proposé par CARTE BLANCHE PARTENAIRES - Société par actions simplifiées au capital de 100 000 € - Siège social : 26 rue Laffitte 75009 PARIS - 379 301 518 RCS Paris.

ARTICLE 8

PLAFOND DE PRESTATIONS

Les forfaits et plafonds de remboursement sont fixés pour une année civile sauf dispositions particulières mentionnées ci-dessous, et dans la limite des frais réels engagés. Les plafonds retenus sont conformes lorsqu'ils s'appliquent à ceux prévus pour le panier de soins 100% santé.

En tout état de cause, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Bénéficiaire après remboursements de toute nature auxquels il a droit (article L224-8 du Code de la mutualité).

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le Bénéficiaire du Contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (article 2 alinéa 1er du décret n°90-769 du 30 août 1990).

ARTICLE 9

EXCLUSIONS DE GARANTIE

Sont exclus de la couverture « *frais* Sont exclus de la couverture « frais de soins de santé » (sauf dérogations prévues au tableau de Prestations) :

- **les actes non remboursés par le régime d'affiliation obligatoire de l'Assurance Maladie ;**
- **les Actes Hors Nomenclature ;**
- **les dépenses non directement liées à une maladie, une maternité ou un accident telles que les cures de rajeunissement, amaigrissement, traitements esthétiques, transformations sexuelles non remboursés par le régime d'affiliation obligatoire de l'Assurance Maladie ;**
- **les dépenses concernant les traitements psychothérapeutiques ;**
- **Les soins de toutes natures (notamment les séjours en établissements hospitaliers ou cliniques, les traitements d'orthodontie et les prothèses dentaires) dont les dates de première proposition, de prescription ou d'exécution se situent avant la date d'effet du Contrat, ne peuvent donner lieu à intervention.**

Les prestations sont conformes aux dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (« Contrat Responsable – 100% santé ») et seront mises en conformité lors des évolutions législatives et règlementaires à venir.

A cet égard et à ce jour, la Mutuelle ne prend pas en charge :

- **La majoration du ticket modérateur imposée au patient qui consultera un médecin sans avoir choisi de médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (hors Parcours de soins) ainsi que la majoration de participation pour les actes et prestations pour lesquels l'Assuré n'a pas autorisé l'accès à son dossier médical partagé visé à l'article L.1111-15 du Code de la Santé Publique ;**
- **La franchise appliquée aux dépassements d'honoraires autorisés sur les actes et consultations réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, pris en application du 18°de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale.**
- **Pour les dépassements au-delà de cette franchise, le remboursement s'effectuera dans la limite des Garanties souscrites.**
- **La franchise laissée à la charge de l'Assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé pris en charge par l'Assurance Maladie suivants :**
- **Les médicaments mentionnés aux articles L.5111-2, L.5121-1 et L.5126-4 du Code de la Santé Publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,**

- **Les actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou centre de santé à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation,**
- **Les transports mentionnés au 2° de l'article L.160-8 du Code de la Sécurité sociale, effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.**
- **La participation forfaitaire obligatoire dont le montant est fixé par décret en conseil d'état (article L.160-13 II du Code de la Sécurité sociale).**
- **Et de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration, ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et par ses textes d'application.**
- **Le fait que la Mutuelle ait payé des Prestations correspondant à la réalisation d'un Risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.**

ARTICLE 10

REVISION DES PRESTATIONS

Les niveaux des Prestations sont réexaminés par la Mutuelle en fin d'année et peuvent être modifiés en fonction des résultats du Contrat et du portefeuille d'assurance collective santé de la Mutuelle, de l'évolution de l'indice d'évolution des dépenses de santé du régime général de la Sécurité sociale hors hospitalisation et du Plafond de la Sécurité sociale.

Sauf application de l'article « REVISION DU CONTRAT », un avenant sera adressé au Souscripteur au plus tard le 30 septembre de l'année N. Il prend effet le 1er janvier de l'année N + 1.

En cas de refus de l'avenant, le Souscripteur peut dénoncer le contrat dans un délai de trente jours à compter de la réception de l'avenant et dans les conditions de forme fixées à l'article "Résiliation à l'initiative du Souscripteur". Le Contrat sera alors résilié le 1er jour du mois suivant la notification du refus par l'entreprise.

En cas d'acceptation expresse de la part de l'entreprise avant la date d'effet des modifications mentionnées dans l'avenant, le changement des Garanties est applicable à la date prévue.

VERSEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 11

OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

La condition d'ouverture des droits est appréciée à la date des soins.

Sont pris en charge les soins consécutifs à des maladies ou accidents dont la date des soins est postérieure à la date d'effet de l'Affiliation du Bénéficiaire et antérieure à sa date de résiliation.

La Mutuelle peut aussi avoir recours à une expertise médicale effectuée par tout professionnel de santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge, pour vérifier s'il y a abus ou fraude.

ARTICLE 12

DECHEANCE ET DELAIS DE DECLARATION

Les demandes de prestations frais de santé accompagnées des documents justificatifs doivent être communiqués à la Mutuelle dans un délai maximum de 24 mois suivant :

- **La date du décompte de Sécurité sociale ;**
- **La date de paiement des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale,**

sous peine de Déchéance des droits à indemnisation.

ARTICLE 13

DECLARATION DE SINISTRE ET FORMALITES

Pour bénéficier des prestations, vous devez fournir à la Mutuelle les déclarations et les pièces justificatives listées en annexe selon le type de prestation et les modalités de Remboursement de la Sécurité sociale.

Les justificatifs qui seront adressés à la Mutuelle devront être des documents originaux (dans leur version papier adressée par voie postale ou dans leur version électronique) ou des copies.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à votre charge.

Avant ou après le paiement des prestations, afin d'éclairer sa décision et de vérifier l'exactitude des renseignements qui lui sont fournis, la Mutuelle peut demander la production de toute pièce justificative.

ARTICLE 14

PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations qui ne sont pas servies directement aux professionnels de santé suivant les accords de Tiers payant vous sont versées.

Sauf usage du Tiers payant, les prestations sont payées sur votre compte bancaire exclusivement par virement.

Sur votre demande expresse, votre Conjoint qui est bénéficiaire, peut percevoir directement les prestations pour lui-même et/ou pour les enfants dont il a la garde.

Sauf refus express de sa part, le mineur de plus de 16 ans bénéficiaire perçoit également directement les prestations, sans l'intervention de son représentant légal.

ARTICLE 15

DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

La Mutuelle verse les prestations généralement :

- dans les 48 heures en cas de traitement automatique des remboursements (télétransmissions des décomptes par les caisses d'assurance maladie) ;
- dans les 5 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives prévues en annexe en cas de traitement manuel des remboursements, délai de poste ou bancaire non compris.

Ce délai est donné à titre indicatif et ne saurait en aucun cas engager la responsabilité de la Mutuelle.

ARTICLE 16

TIERS PAYANT

La procédure de tiers payant vous dispense de faire l'avance du ticket modérateur auprès des professionnels de santé qui le pratiquent.

En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, vous pouvez bénéficier du tiers payant pour l'ensemble des prestations, au moins à hauteur du ticket modérateur et à hauteur des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés par la réglementation, pour les équipements optiques, les aides auditives et les soins prothétiques dentaires compris dans les paniers 100 % santé.

Le dispositif du tiers payant peut également être étendu à certains professionnels de santé dans les Conditions Particulières.

La Mutuelle a conclu un partenariat avec un opérateur de Tiers payant qui a signé directement ou indirectement des conventions de Tiers payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé. Vous recevez de cet opérateur de Tiers payant une carte d'adhérent nominative portant mention de vos Ayants droit et des actes susceptibles de bénéficier du Tiers payant.

En présence d'une prise en charge hospitalière, l'établissement hospitalier doit adresser sa facture à l'opérateur de Tiers payant, prestataire de la Mutuelle.

Vous bénéficiez ainsi d'une dispense d'avance de frais dans la limite des garanties souscrites. La Mutuelle rembourse alors les frais engagés à l'opérateur de Tiers payant.

GARANTIES EN OPTION

Le Contrat peut prévoir la possibilité de souscription, vous, de garanties en option. Le cas échéant, les droits et obligations déterminées ci-après s'appliquent.

ARTICLE 17

OBJET

Sous réserve que le Contrat le prévoit, la Mutuelle propose des garanties complémentaires aux prestations garanties au titre de l'Affiliation obligatoire au contrat, et ce dans la limite des frais réellement engagés.

Vous pouvez bénéficier de ces garanties en option si vous avez acquis la qualité de Membre Participant au titre du contrat, ainsi que le cas échéant, vos ayants-droit tels que définis aux Définitions de la présente Notice.

La souscription de ces garanties en option est facultative. Vous précisez, via le bulletin d'adhésion, le niveau des garanties optionnelles que vous souhaitez souscrire.

ARTICLE 18

ADHESION DES MEMBRES PARTICIPANTS ET AYANTS DROIT AUX OPTIONS

18.1 Conditions D'adhésion

La souscription des garanties en option est facultative.

Vous pouvez solliciter l'Adhésion aux garanties optionnelles via le bulletin d'Adhésion.

Votre Adhésion aux garanties en option emporte de plein droit adhésion de tous vos ayants droit affiliés au contrat. Vous, et le cas échéant vos Ayants droit bénéficient des mêmes niveaux d'option, sans possibilité d'individualisation.

18.2 Date d'effet de l'Adhésion

Si votre demande de souscription des garanties optionnelles s'effectue simultanément à l'Affiliation au contrat (ou au plus tard dans les trente jours), la date d'effet des garanties optionnelles est celle portée sur le Bulletin individuel d'affiliation pour les garanties obligatoires. Les garanties prennent effet après l'expiration des éventuels délais de carence prévus au Contrat et qui courent à partir de la date de votre Affiliation.

Ultérieurement, votre Adhésion aux garanties optionnelles prend effet au premier janvier de l'année suivante sous réserve d'avoir été demandée avant le 31 octobre de l'année en cours. Votre demande doit être accompagnée d'un Bulletin de modification de situation dûment complété et signé, et des pièces justificatives.

En tout état de cause, votre souscription ne pourra produire ses effets de manière rétroactive.

L'Adhésion de vos Ayants droit aux garanties en option est indissociable et indivisible de la vôtre. Elle prend effet en même temps que votre Adhésion.

18. 3 Justificatifs

Les justificatifs à fournir sont les mêmes aux ceux prévus au titre des garanties obligatoires.

19.4 Modification des garanties en option

Lorsque le Contrat propose plusieurs niveaux d'option, vous pouvez modifier votre niveau d'option en choisissant une option de niveau supérieur lorsque votre Adhésion à l'option a atteint une durée de 12 mois ou de niveau inférieur lorsque votre Adhésion a atteint une durée de 24 mois.

Votre demande de changement de niveau d'option doit être adressée à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre.

La modification prend effet au plus tôt le 1er janvier de l'année qui suit votre demande.

La notion d'option « supérieure » ou « inférieure » est déterminée par comparaison des montants des cotisations afférentes aux options.

En cas de naissance, de divorce, de séparation, de veuvage, de décès d'un de vos Ayants droit, de retraite, ou lorsque votre dernier enfant perd son statut d'enfant à charge, vous pouvez modifier le niveau de votre option au premier jour du mois suivant l'évènement à condition que vous en fassiez la demande à la Mutuelle dans les trois mois qui suivent le changement de situation.

ARTICLE 19

DENONCIATION DE L'ADHESION AUX OPTIONS

19.1 Dénonciation à l'initiative du Membre participant

Dénonciation annuelle

L'Adhésion cesse, en cas de dénonciation à votre initiative, si elle est signifiée à la Mutuelle :

- Soit par lettre simple ou tout autre support durable ;
- Soit par lettre recommandée ou recommandé électronique ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- Soit par acte extra-judiciaire ;
- Soit, en cas d'Affiliation par l'un des modes de communication à distance proposés par la Mutuelle, par le même mode de communication ;
- Soit par mail,

au moins deux (2) mois avant la fin de l'année civile. La dénonciation ne vous dispense pas du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile.

Dénonciation infra-annuelle

Vous pouvez mettre fin à votre Adhésion aux garanties en option, à tout moment, sans frais ni pénalité, à l'issue d'un délai d'un (1) an à compter de la date d'Adhésion aux garanties en option.

Pour ce faire, vous pouvez notifier à la Mutuelle votre souhait de dénoncer votre Adhésion à l'option par les mêmes moyens que ceux susvisés.

La Mutuelle confirme par écrit la dénonciation de l'Adhésion aux garanties en option.

La dénonciation de l'Adhésion aux garanties en option prendra effet après un (1) mois à compter du 1 er jour qui suit la date d'envoi de la notification de la dénonciation.

En tout état de cause, les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la dénonciation.

En cas d'encaissement de cotisations pour la période non couverte, la Mutuelle sera tenue au remboursement de celles-ci dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la dénonciation.

En cas de dénonciation à votre initiative, une nouvelle Adhésion pourra être acceptée à condition que la cessation de l'Adhésion précédente soit effective depuis plus de deux ans.

19.2 Dénonciation de plein droit

En cas de perte de la qualité de Membre Participant au titre du contrat, vous perdez concomitamment le bénéfice des garanties souscrites en option.

Dans tous les cas de dénonciation de votre Adhésion au titre des garanties en option, la cessation de vos droits au titre des garanties en option entraîne automatiquement la cessation de ceux de vos Ayants droit.

ARTICLE 20

PRESTATIONS

Les prestations garanties en option sont servies dans les conditions fixées au Contrat (déterminées selon le Tableau de garanties et l'ensemble des conditions ci-après exposées).

L'ensemble des dispositions prévues par le contrat « Partie Prestations Santé » sont applicables aux prestations garanties en option (et ce y compris les exclusions).

Les garanties en option répondent aux obligations propres aux contrats dits « *solidaires et responsables* » résultant de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 du même code et ses textes d'application existants et à venir et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages sociaux et fiscaux accordés à ce type de contrats.

Les prestations versées au titre des options interviennent après la prise en charge des soins au titre des garanties obligatoires.

Montant maximum d'indemnisation :

Les forfaits et plafonds de remboursement sont fixés pour une année civile sauf dispositions particulières mentionnées ci-dessus, et dans la limite des frais réels

engagés. Les plafonds retenus sont conformes, lorsqu'ils s'appliquent, à ceux prévus dans le cadre de la réglementation sur les contrats responsables.

En tout état de cause, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Bénéficiaire après remboursements des garanties servies au titre de l'Affiliation obligatoire au contrat, et le cas échéant, les remboursements de toutes autres garanties complémentaires souscrites qui interviendraient avant le versement des garanties en option.

ARTICLE 21

NOTIFICATION DES MODIFICATIONS AFFERENTES AUX GARANTIES EN OPTION

Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations et le cas échéant vos Ayants droit au titre des garanties en option, par avenant au contrat collectif, le Souscripteur est également tenu de vous informer en vous remettant une notice établie à cet effet par la Mutuelle. Vous pouvez, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer votre souscription aux garanties en option en raison de ces modifications.

Vous ne pouvez pas, dans le même temps dénoncer votre Affiliation au contrat, lequel est de nature collective obligatoire. La dénonciation n'aura ainsi pour objet que les garanties souscrites en option (la dénonciation des garanties en option prendra effet pour vous et vos Ayants droit).

Article 22

COTISATIONS AU TITRE DES GARANTIES EN OPTION

Les cotisations sont exprimées conformément au Contrat.

Article 23

DEBITEUR DE LA COTISATION

Les cotisations afférentes à la souscription des garanties en option à votre bénéfice et le cas échéant celui de vos Ayants droit sont versées dans les conditions définies au Contrat.

Les cotisations sont fixées annuellement et sont versées mensuellement.

Sauf dispositions contraires au Contrat, vous êtes le seul responsable du paiement des cotisations au titre des garanties en option. Les paiements sont établis par vous par prélèvement SEPA sur votre compte bancaire, soit par virement ou soit par chèque.

Les cotisations sont payables en euros et en France.

ARTICLE 24

NON-PAIEMENT DES COTISATIONS DES GARANTIES EN OPTION

La procédure applicable est déterminée à l'article « NON-PAIEMENT *DES COTISATIONS* ».

ARTICLE 25

SUSPENSION DES GARANTIES EN OPTION

Le non-paiement de la cotisation due au titre des garanties en option emporte suspension de ces garanties en option, sous réserve de la procédure prévue ci-avant.

Par ailleurs, la suspension des garanties servies au titre de l'Affiliation obligatoire en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée emporte suspension des garanties en option.

Les frais médicaux, chirurgicaux et maternité dont la date des soins se situe durant la période de suspension ne peuvent donner lieu à prise en charge prévue au titre des garanties en option.

ARTICLE 26

TERME DES GARANTIES EN OPTION

Les garanties en option cessent :

- À l'issue de la procédure de suspension des garanties en cas de non-paiement des cotisations dues au titre des garanties en option,
- À la date de rupture du contrat de travail, sous réserve des dispositions de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale,
- À la date de résiliation du contrat,
- À la date d'effet de la dénonciation de la souscription des garanties en option,
- Au jour où vous perdez la qualité de Membre Participant au titre du contrat,
- Pour vos Ayants-droit, les garanties en option cessent le jour où le Membre participant cesse d'en bénéficier ou le jour où ils ne remplissent plus les conditions requises au Contrat.

En tout état de cause, la cessation de vos droits au titre des garanties en option entraîne automatiquement la cessation de ceux de vos Ayants droit.

COTISATIONS

ARTICLE 27

MONTANT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle et due pour l'année entière.

Le montant de son fractionnement mensuel pour chaque Membre participant, est fixé au Contrat, selon la formule et la structure de cotisations choisie par le Souscripteur.

Les taxes, impôts et contributions grevant les cotisations sont calculés au jour de l'échéance des cotisations. Ils sont toujours à la charge du Souscripteur et du Membre participant de manière à ce que la Mutuelle n'ait jamais à les supporter, sauf disposition législative ou réglementaire.

ARTICLE 28

MODALITES DE PAIEMENTDES COTISATIONS

28.1 Echéance et mode de paiement

La cotisation appelée au Souscripteur est payable trimestriellement à terme échu dans les dix jours suivant l'échéance.

Les paiements sont établis par le Souscripteur soit par prélèvement SEPA sur son compte bancaire, soit par virement ou soit par chèque.

La cotisation appelée au Membre participant est payable, mensuellement, à terme à échoir, dans les dix jours suivant l'échéance.

Les paiements sont établis par le Membre participant par prélèvement SEPA, sur son compte bancaire.

28.2 Membre participant en arrêt de travail

Il n'y a pas d'exonération de cotisation pour les Membres participants en arrêt de travail.

En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le Souscripteur ou à un maintien partiel ou total du salaire, la cotisation continue d'être due dans les mêmes conditions que pour le personnel en activité.

ARTICLE 29

NON PAIEMENT DES COTISATIONS

29.1 Procédure applicable en cas de non-paiement des cotisations par le Souscripteur

À défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, la Mutuelle adresse au Souscripteur une mise en demeure de payer les cotisations qui lui sont dues par lettre recommandée avec accusé de réception dans laquelle elle l'informe par ailleurs des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la Garantie.

Les garanties sont suspendues trente (30) jours après l'envoi de la mise en demeure au Souscripteur restée infructueuse.

Conformément à l'article L221-8 du Code de la mutualité, les Membres participants sont informés qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par le Souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du Contrat, sauf s'ils entreprennent de se substituer au Souscripteur pour le paiement des cotisations.

À défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante (40) jours à compter de l'envoi de la mise en demeure susvisée, le Contrat pourra être résilié par la Mutuelle, sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les intérêts de retard ci-dessous.

Le Contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où auront été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement les frais de poursuite et de recouvrement.

Intérêts de retard

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, le Souscripteur se verra appliquer, le cas échéant, des intérêts de retard égaux à 1% des sommes dues par mois de retard, à compter de l'échéance, tout mois commencé entraînant le versement de cette pénalité.

29.2 Procédure applicable en cas de non paiement des cotisations par le Membre participant

À défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, la Mutuelle vous adresse une mise en demeure de payer les cotisations qui lui sont dues par lettre recommandée avec accusé de réception dans laquelle elle vous informe par ailleurs des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la Garantie.

Lors de la mise en demeure, vous êtes informé qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours à compter de l'envoi de celle-ci, le cachet de La Poste faisant foi, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner votre exclusion et celle de vos Ayants droit du Contrat socle ou la résiliation par la Mutuelle de votre Adhésion, et le cas échéant de celle de vos Ayants droit, au Contrat surcomplémentaire.

La résiliation de l'Affiliation n'emporte pas préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les intérêts de retard définis ci-dessous.

Si le Souscripteur finance une partie de la cotisation facultative et qu'il ne paie pas sa part de cotisation, la Mutuelle vous informe de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure et vous rembourse, le cas échéant, la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la Mutuelle ne couvre plus le Risque.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

L'Adhésion non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à l'échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Intérêts de retard

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, des intérêts de retard égaux à 1% des sommes dues par mois de retard seront appliqués le cas échéant, à compter de l'échéance, tout mois commencé entraînant le versement de cette pénalité.

ARTICLE 30

REVISION DES COTISATIONS

Les taux de cotisations du régime frais de soins sont réexaminés par la Mutuelle en fin d'année, et peuvent être modifiés notamment en fonction des résultats techniques du Contrat et du portefeuille d'assurance collective santé de la Mutuelle, des évolutions de la réglementation applicable, de l'évolution de l'indice d'évolution des dépenses de santé du régime général de la Sécurité sociale hors hospitalisation et du Plafond de la Sécurité sociale.

Un avenant sera adressé au Souscripteur au plus tard le 30 septembre de l'année N. Il prend effet le 1er janvier de l'année N + 1.

En cas de refus de l'avenant, le Souscripteur peut dénoncer le contrat dans un délai de trente jours à compter de la réception de l'avenant et dans les conditions de forme fixées à l'article "Résiliation à l'initiative du Souscripteur". Le Contrat sera alors résilié le 1er jour du mois suivant la notification du refus par l'entreprise.

En cas d'acceptation expresse de l'avenant de la part de l'entreprise avant la date d'effet des modifications mentionnées dans l'avenant, le changement de taux, est applicable à la date prévue.

Il est clairement stipulé que la Mutuelle a apprécié les Risques faisant l'objet du Contrat au regard de l'activité, de la situation géographique et de la démographie des salariés et des anciens salariés existants à la date d'effet du Contrat et qui a été essentielle et déterminante de son consentement.

En cas d'évolution de cette situation géographique ou de ce périmètre démographique, la Mutuelle pourra, en fonction de ce nouveau périmètre, procéder par avenant à la révision des cotisations proportionnellement à ce qu'aurait dû être le montant des cotisations par rapport au nouveau périmètre.

DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 31

FRAUDE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE

Vos déclarations servent de base à la Garantie. La Mutuelle se réserve ainsi la possibilité de vérifier les données que vous lui communiquez.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle susceptible de changer l'objet du Risque ou d'en diminuer l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le Risque omis ou dénaturé par vos soins, a été sans influence sur la réalisation du Risque, le Contrat et votre Adhésion seront résiliés de plein droit sans préjudice, pour la Mutuelle, de la possibilité de se prévaloir de la nullité du Contrat et de l'Adhésion.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages-intérêts.

ARTICLE 32

RECOURS SUBROGATOIRE DE LA MUTUELLE EN CAS D'ACCIDENT

La Mutuelle est subrogée dans vos droits ou l'un de vos ayants droit dans leur action contre les tiers responsables, dans la limite des dépenses supportées, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce pour toutes les prestations qui vous sont versées, ou à vos Ayants droit, au titre d'une réparation indemnitaire totale ou partielle versées par la Mutuelle.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, vous devez déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont vous êtes victime.

ARTICLE 33

PRESTATIONS INDUES

Si la Mutuelle vous rembourse par erreur des prestations, ou à vos Ayants droit ou, dans le cadre du service de Tiers payant, à un professionnel de santé, elle récupère les sommes indûment versées par tous moyens et notamment par voie de compensation avec des prestations futures auxquelles le Bénéficiaire pourrait avoir droit.

À défaut de reversement de l'indu, la Mutuelle peut en poursuivre le recouvrement par toutes voies de droit.

ARTICLE 34

DELEGATION DE GESTION

La Mutuelle se réserve le droit de déléguer à un centre de gestion professionnel tout ou partie de la gestion du Contrat.

ARTICLE 35

PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du Contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L221-11 du code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le Risque couru, du fait du Membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du Risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand votre action, celle 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 vous ou l'Ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

- La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un Risque.
- Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'alinéa précédent sont
- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- La demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée ;
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

En outre, l'interruption de la prescription de l'action peut résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressé :

- Par la Mutuelle au Souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ;
- Par vous, par le Bénéficiaire, ou l'Ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de la Prestation.

Enfin, la prescription est suspendue à compter du jour où les Parties à un litige conviennent de recourir au Médiateur ou au Conciliateur, ou à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation.

Le délai de prescription recommence à courir à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux

ou soit le médiateur ou le conciliateur, déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée.

ARTICLE 36

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les données à caractère personnel vous concernant ainsi que vos Bénéficiaires qui sont recueillies par la Mutuelle font l'objet d'un traitement automatisé dont les finalités sont :

- la gestion de sa relation avec vous et vos Bénéficiaires dans le cadre de l'exécution du Contrat. Toutes ces informations sont nécessaires au traitement du Contrat d'assurance dès lors qu'elles ne sont pas indiquées expressément comme facultatives. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement du dossier. En souscrivant au Contrat, vous reconnaissez et acceptez que vos données personnelles de santé pourront être traitées par la Mutuelle, celles-ci étant nécessaires à la gestion et à l'exécution du Contrat ;
- la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et la lutte contre la fraude, dans le cadre du respect des obligations légales, réglementaires et administratives ;
- la réalisation d'actions commerciales auprès de vous, avec le consentement préalable de ce dernier s'agissant d'actions commerciales par email et SMS, et sauf opposition de ce dernier s'agissant d'actions commerciales par courrier postal et appel téléphonique,
- la réalisation d'études statistiques, après anonymisation, dans le cadre de l'intérêt légitime de la Mutuelle.

Les données à caractère personnel sont exclusivement communiquées aux responsables de traitement :

- La Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des professionnels de la santé et du social (MNH), mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 606 361, dont le siège social est situé 331, avenue d'Antibes - 45200 AMILLY ;
- et le cas échéant, aux mandataires, prestataires, réassureurs, partenaire (Banque Française Mutualiste) de la Mutuelle ou aux organismes professionnels concernés par le Contrat.

Ces données à caractère personnel sont potentiellement accessibles par des fournisseurs logiciels ou réseaux en raison de l'exécution d'un contrat de prestation.

La Mutuelle prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles.

Aucune donnée à caractère personnel traitée dans le cadre du Contrat ne peut faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des tiers à des fins commerciales.

Les données à caractère personnel sont conservées pour une durée selon les finalités ayant mené à leur collecte, à savoir : 3 ans à compter du dernier contact pour la prospection commerciale, et jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la règlementation en cas de relations contractuelles.

Conformément à la règlementation en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel, vous, ainsi que vos Bénéficiaires disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation au traitement des données, d'opposition, de portabilité, de retrait du consentement, à tout moment, et de définir des directives post-mortem sur toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle, ainsi que, le cas échéant, de mandataires et réassureurs de la Mutuelle.

Ils pourront exercer ces droits en adressant une demande à la Mutuelle dont les coordonnées figurent aux Conditions Particulières.

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent vous être communiquées ou, le cas échéant, aux Bénéficiaires, selon leur choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique.

Des précisons sur la gestion de vos données personnelles et de vos droits et de vos Bénéficiaires sont apportées au sein de la notice d'information RGPD jointe au bulletin de modification, et disponible sur le site internet https://www.mnh.fr/.

En cas de désaccord, vous et vos Bénéficiaires peuvent introduire une réclamation auprès de la CNIL concernant la protection de leurs données personnelles à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 place de Fontenoy 75007 Paris.

ARTICLE 37

SECRET PROFESSIONNEL

Conformément aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal, la Mutuelle est tenue au secret professionnel dans la mesure où elle gère des informations ressortant de la vie privée et/ou à caractère médical.

Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement de données personnelles et à la libre circulation de ces données, dit « *RGPD* », la Mutuelle s'engage à :

- Assurer la sécurité du traitement des informations par des procédures adéquates de telle sorteque seuls le médecin conseil et ses collaborateurs directs aient accès au traitement,
- Préserver l'anonymat des informations.

ARTICLE 38

LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX

La Mutuelle s'engage à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

À ce titre, elle est tenue de déclarer auprès de l'autorité compétente toutes sommes ou opérations portant sur des sommes dont elle sait, soupçonne ou a de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an ou sont liées au financement du terrorisme.

ARTICLE 39

RECLAMATION - MEDIATION

Une réclamation est l'expression d'un mécontentement envers un professionnel quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée. Une réclamation à l'encontre de la MNH peut émaner de toute personne, y compris en l'absence de relation contractualisée avec la Mutuelle : Membre participant, ancien Membre participant, Bénéficiaire, établissement souscripteur, y compris leurs mandataires et leurs Ayants droit.

Une demande de service ou de prestation, une demande d'information de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

La réclamation doit être adressée à la Mutuelle selon l'un des moyens suivants au choix :

- auprès du conseiller MNH habituel,
- au Service Satisfaction Clients par courrier à l'adresse MNH – Service Satisfaction Clients – 331, avenue d'Antibes 45213 Montargis Cedex,
- via l'espace personnel sur le site www.mnh.fr en utilisant le formulaire de contact dédié,
- via l'application mobile en utilisant le formulaire de contact dédié,
- par téléphone au 0238907733.

Toute réclamation devra préciser la nature de la réclamation, le numéro de contrat, s'il y a lieu, et les coordonnées auxquelles l'intéressé souhaite être recontacté.

Toutes les réclamations, quel que soit le canal de réception font l'objet d'un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la date d'envoi de la réclamation. Elles sont traitées dans un délai maximum de deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

Si un désaccord persiste après la réponse fournie, ou en l'absence de réponse au-delà de 2 mois, le réclamant, peut, s'il n'a pas encore saisi les tribunaux, saisir le médiateur externe deux (2) mois après l'envoi d'une première réclamation écrite et dans le délai d'un an à compter de votre réclamation écrite auprès de la Mutuelle :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS Cedex 15

ou directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur : https://www.mediateur-mutualite.fr/

Le règlement de la médiation de la FNMF précisant les modalités de recours au médiateur est consultable sur le site susvisé.

Le médiateur propose une solution motivée pour régler le litige dans les trois mois maximum à compter de la notification par le médiateur par voie électronique ou par courrier simple de sa saisine. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé dont les parties à la médiation seront informées.

La décision du médiateur de la FNMF ne s'impose pas aux parties.

L'avis du médiateur ne préjuge pas des droits du réclamant et de la Mutuelle d'intenter une action en justice.

En application de l'article 2238 du Code civil, ce recours à la médiation suspend le délai de prescription.

ARTICLE 40

VALEUR CONTRACTUELLE

Ont valeur contractuelle par ordre décroissant :

- les Bulletins Individuels d'Affiliation dûment datés et cosignés par vos soins et ceux de votre employeur ;
- le contrat souscrit par votre employeur et la présente Notice d'information.

En cas de contradiction entre les dispositions de la Notice d'information et celles du Bulletin Individuel d'Affiliation, ce sont celles du Bulletin Individuel d'Affiliation qui l'emportent.

Les titres des articles de la présente Notice d'information n'ont qu'une valeur classificatoire.

Dans l'hypothèse où l'une ou quelconque des dispositions de la présente Notice d'information serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions de la Notice d'information.

ARTICLE 41

AUTORITE DE CONTROLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution dénommée ACPR située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex

ARTICLE 42

FONDS SOCIAUX ET DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE

Fonds d'action social :

Il est créé au sein de la Mutuelle un fonds d'action sociale alimenté des dotations décidées chaque année par le vote de l'assemblée générale de la Mutuelle et correspondant au maximum à 2 % du montant global des recettes issues des cotisations des adhérents. L'action sociale de la mutuelle pourra, par exemple, prendre la forme de bourses d'études, d'aides au profit des handicapés, de secours exceptionnels, etc.

Tout dossier fera l'objet d'une étude particulière et sera à ce titre systématiquement traité par le Comité de gestion en charge de l'action sociale qui se prononcera sur la délivrance ou non de l'aide.

Degré élevé de solidarité :

Sous réserve des accords collectifs de branche, les Membres participants bénéficient des prestations à caractère non directement contributif présentant un degré élevé de solidarité. Ces prestations seront organisées le cas échéant par la Mutuelle en conformité avec les obligations conventionnelles de branche.

ANNEXE

1 - PIÈCES JUSTIFICATIVES EN CAS DE SINISTRE

BÉNÉFICIAIRES NOEMIE	
Dépassements d'honoraires	Facture détaillée et acquittée précisant la date de l'intervention et la cotation
Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation	Facture détaillée et acquittée (lit accompagnant et repas par jour) + bulletin de situation
Forfait verres et monture	Facture détaillée et acquittée si Tiers payant Régime Obligatoire
Forfait lentilles correctives	Facture détaillée et acquittée
Chirurgie réfractive	Facture détaillée et acquittée
Matériel médical	Facture détaillée et acquittée si Tiers payant Régime Obligatoire
Aides auditives	Facture détaillée et acquittée si Tiers payant Régime Obligatoire
Maternité – Accouchement	Extrait d'acte de naissance ou copie du livret de famille
Frais d'hébergement et de transport cure thermale externe libre	Facture détaillée et acquittée de l'établissement thermal ou attestation de cure
Prévention (ostéopathe, acupuncteur, diététicien, chiropracteur, psychologue)	Justificatif sur papier entête ou tampon (précisant les dates et le nombre de séances effectuées)
Pilule contraceptive	Prescription médicale + facture détaillée et acquittée
Vaccins non remboursés	Prescription médicale + facture détaillée et acquittée
Prestations hospitalisation	Facture détaillée et acquittée
Dentaire	Facture détaillée et acquittée si Tiers payant Régime Obligatoire
NON-BÉNÉFICIAIRES NOEMIE	
Pour les soins pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	Décompte de l'Assurance Maladie Obligatoire + justificatifs ci-dessus
POUR TOUT ACTE OU FRAIS NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE : FACTURE DÉTAILLÉE ET ACQUITTÉE	