



CENTRE DE GESTION DES VOSGES (88)

# Notice d'information

Garanties de frais de santé - Socle

Contrat collectif d'assurance à adhésion facultative

Effet du contrat : **1<sup>er</sup> Janvier 2020**

Effet de la notice : **1er janvier 2023**



<b>CHAPITRE 1 - PREAMBULE .....</b>	<b>3</b>
<b>CHAPITRE 2 – DISPOSITIONS GENERALES .....</b>	<b>4</b>
Article 1. Risques couverts .....	4
Article 2. Bénéficiaires des prestations .....	4
Article 3. Information des membres participants .....	4
Article 4. Prise d'effet, durée et renouvellement du contrat.....	5
Article 5. Révision des garanties .....	5
Article 6. Prise d'effet et durée de l'assurance.....	5
Article 7. Conditions d'affiliation et formalités .....	7
Article 8. Tiers payant.....	7
Article 9. Devis et expertise à la demande de la MNT .....	8
Article 10. Réticence et fausse déclaration.....	8
Article 11. Prescription.....	8
Article 12. Subrogation .....	8
Article 13. Renseignements – Réclamations - Médiation .....	8
Article 14. Représentation des membres participants au sein de la MNT.....	9
Article 15. Données personnelles.....	9
<b>CHAPITRE 3 – COTISATIONS .....</b>	<b>10</b>
Article 16. Taux et assiette de cotisation .....	10
Article 17. Paiement de la cotisation .....	10
Article 18. Non-Paiement de la cotisation .....	11
<b>CHAPITRE 4 – GARANTIES FRAIS DE SANTE .....</b>	<b>11</b>
Article 19. Objet et montant .....	11
Article 20. Bénéficiaire de la garantie Frais de santé .....	12
Article 21. Définition des prestations .....	12
Article 22. Limite des remboursements .....	13
Article 23. Risques exclus.....	13
Article 24. Règlement des prestations.....	13
<b>CHAPITRE 5 – GARANTIES ANNEXES .....</b>	<b>14</b>
Article 25. Accès au fonds social .....	14
Article 26. Assistance .....	14
Article 27. Bénéficiaire des garanties annexes.....	14



# CHAPITRE 1 - PREAMBULE

Le contrat collectif de Santé est conclu entre :

- Le souscripteur dont la dénomination est mentionnée aux conditions particulières ;
- d'autre part, le groupement mandaté et coordonné par le Groupe VYV et constitué les mutuelles suivantes :
  - o la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT), organisme assureur du contrat, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé 4 rue d'Athènes, 75009 PARIS, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 775 678 584,
  - o la Mutuelle Générale de l'Education Nationale, organisme assureur du contrat, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé 3 square Max Hymans 75748 PARIS cedex 15, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 775 685 399

agissant en qualité de co-assureurs des risques garantis par le contrat.

Les garanties d'assistance sont assurées par Ressources Mutuelles Assistance (RMA).

Les organismes assureurs sont désignés, aux fins des présentes : « les Mutuelles co-assureurs ». Les relations entre les Mutuelles co-assureurs font l'objet d'une convention de co-assurance qui précise notamment les modalités de concertation entre elles.

Il est constitué des conditions générales et des conditions particulières.

Conformément aux dispositions de l'article L. 510-1 du Code de la mutualité, le contrôle sur les mutuelles régies par le Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres, par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 place du Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09.

Le contrat est souscrit par le souscripteur auprès des Mutuelles co-assureurs, en liaison avec la convention de participation conclue par le Centre de Gestion des Vosges avec les Mutuelles co-assureurs, pour le compte du souscripteur, et à laquelle le souscripteur a adhéré.

Le Souscripteur contribue au financement des garanties du présent contrat collectif auquel ses agents adhèrent, sous la forme d'une participation d'un montant unitaire par agent. Le montant de cette participation financière est fixé dans la convention de participation mise en place par le souscripteur.

Conformément aux dispositions

- de l'article 19 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, ci-après dénommé le Décret ;
- de la convention de participation précitée ;

il incombe au Souscripteur de procéder à l'information de l'ensemble de ses agents de la signature de ladite convention de participation, des caractéristiques du contrat collectif souscrit auprès des Mutuelles co-assureurs au titre duquel ladite convention de participation est conclue, ainsi que des modalités d'adhésion au contrat collectif.

La résiliation pour quelque cause que ce soit ou le terme de la convention de participation entraîne automatiquement, à la même date, la résiliation du contrat collectif de Santé. De même, la dénonciation de l'adhésion du Souscripteur à la convention de participation entraîne, automatiquement, à la même date, résiliation du contrat collectif de Santé.

Le Souscripteur est tenu d'en informer ses agents.

La MNT est désignée comme apériteur. En conséquence, la MGEN donne mandat à la MNT de la représenter et d'accomplir tous les actes nécessaires pour l'exécution du contrat de santé en son nom et pour son compte. Elle est désignée aux fins des présentes « l'apériteur » ou « MNT ».

Toutefois une délégation de gestion est mise en place avec le Centre de Gestion des Vosges ; ainsi, la MNT délègue au CDG 88 notamment les opérations suivantes :

- La gestion administrative des adhésions des collectivités et de leurs agents
- La gestion des campagnes d'information
- Le suivi administratif de la souscription et des affiliations
- L'encaissement et le recouvrement des cotisations

La MNT, en sa qualité d'apériteur est l'interlocuteur unique de la personne morale souscriptrice pour l'exécution du contrat de santé.

Le contrat est à **adhésion facultative** pour les agents relevant des catégories mentionnées à l'article 2 ci-dessous ; ils acquièrent, au titre de cette adhésion, la qualité de membre participant des Mutuelles co-assureurs.

Le présent contrat est régi par les dispositions du Code de la Mutualité et par les statuts des Mutuelles co-assureurs. Les conditions générales et particulières du présent contrat définissent les droits et obligations de chacune des deux parties et des agents y adhérant.

La Mutuelle Nationale Territoriale est désignée, aux fins des présentes : « MNT ».



## CHAPITRE 2 – DISPOSITIONS GENERALES

### **Article 1. Risques couverts**

Les présentes dispositions s'appliquent aux agents du souscripteur ou l'une ou plusieurs catégories d'entre eux définies ci-après dénommés « les membres participants » ou « le Groupe Assuré ».

Le contrat a pour objet :

- de garantir, à l'ensemble des agents du souscripteur en activité de service, au personnel retraité (dès la liquidation de la pension vieillesse de son régime obligatoire) du souscripteur et de leurs Bénéficiaires tels que défini à l'article 2, le remboursement de leurs dépenses médicales, en complément de la Sécurité Sociale, dans un cadre collectif et à adhésion facultative.
- de définir les conditions dans lesquelles la Mutuelle Nationale Territoriale assure aux agents du souscripteur qui adhèrent au contrat et aux bénéficiaires des remboursements complémentaires de frais de soins de santé ainsi que certaines garanties annexes à ces remboursements.

Le contrat collectif étant à adhésion facultative, la qualité de Membre Participant résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des statuts et droits et obligations de chacune des deux parties.

### **Article 2. Bénéficiaires des prestations**

Font partie du « Groupe Assuré » et peuvent adhérer au contrat en qualité de Membres Participants, les agents en activité du Souscripteur. De plus, le personnel retraité du Souscripteur peut également adhérer au contrat (dès la liquidation de la pension vieillesse de son régime obligatoire).

Les agents du Souscripteur sont admis sans conditions, sous réserve que le Souscripteur communique à la MNT, l'état nominatif de ces Membres Participants. Ces adhésions doivent être formalisées à l'aide d'un bulletin d'adhésion.

Sont également couverts les ayants droit des Membres Participants, ci-après dénommés « les Bénéficiaires », de manière facultative, selon les modalités prévues aux Conditions Particulières, qui bénéficient des prestations des Mutuelles co-assureurs sans en être membres :

- Le conjoint est la personne liée au membre participant par un mariage, non divorcée suite à un jugement devenu définitif et non séparée de corps. La preuve devra être rapportée par le membre participant en produisant une copie du livret de famille ou un extrait d'acte de mariage. Si le divorce ou la séparation de corps est prononcé, l'ex-conjoint du membre participant perd la qualité de bénéficiaire. La preuve devra en être rapportée par le membre participant en produisant une copie du jugement de divorce ou une ordonnance constatant la séparation de corps.
- Le concubin est la personne qui vit maritalement avec le membre participant, à condition que le concubinage soit notoire. La preuve devra en être rapportée par le membre participant en produisant un justificatif de domicile commun. En cas de séparation, le concubin du membre participant perd la qualité de bénéficiaire. La preuve devra en être rapportée par le membre participant en produisant une attestation sur l'honneur de fin de concubinage. Si le membre participant est marié par ailleurs, une déclaration de concubinage ne sera pas recevable tant que le divorce ou la séparation de corps n'aura pas été prononcé. Son concubin (ou sa concubine) devra lui-même (ou elle-même) libre de tout lien matrimonial.
- Le partenaire de PACS est la personne qui a signé un Pacte Civil de Solidarité avec le membre participant. Pour justifier de cette situation, il doit fournir une attestation de conclusion d'un PACS. En cas de séparation, le partenaire de PACS du membre participant perd la qualité de bénéficiaire. La preuve devra en être rapportée par le membre participant en produisant une attestation de dissolution de PACS.
- Les enfants à charge au sens de la sécurité sociale
- Les enfants étudiants à charge fiscalement,
- Les enfants handicapés de moins de 26 ans vivant au domicile de l'assuré
- Les enfants du conjoint, du concubin déclaré ou de la personne liée par un PACS, à charge au sens de la sécurité sociale.

Chaque adhérent ne peut avoir qu'un seul bénéficiaire au titre de la qualité de conjoint, concubin ou partenaire de PACS.

Pour justifier de sa situation de famille, l'adhérent devra produire les justificatifs appropriés à chaque modification de celle-ci.

L'adhésion du membre participant entraîne l'adhésion de ses ayants droits au même régime.

Cas particulier : pour les couples travaillant dans la même collectivité, l'un des deux membres du couple sera affilié en propre et l'autre membre en tant qu'ayant-droit.

### **Article 3. Information des membres participants**

La présente notice d'information est établie par la Mutuelle Nationale Territoriale dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité ; elle définit la garantie et ses modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de demande de prestations. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie, ainsi que les délais de prescription.

Cette notice d'information, ainsi que les statuts de la Mutuelle, doivent être remis à chaque membre participant inscrit au contrat par le souscripteur.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, le souscripteur est tenu d'en informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la Mutuelle Nationale Territoriale. Du fait de ces modifications, les membres participants peuvent, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer leur adhésion au contrat.



Conformément aux dispositions de l'article L.221-6 du Code de la mutualité, la preuve de la remise de la notice aux membres participants ainsi que des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe au souscripteur.

#### **Article 4. Prise d'effet, durée et renouvellement du contrat**

Le présent contrat prend effet selon les conditions fixées par la Convention de Participation.

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières et cesse en même temps que la résiliation ou le terme de la Convention de Participation.

La résiliation par l'une des parties entraîne la cessation des garanties, dans le cadre du contrat, à l'égard de tous les membres participants à la date d'effet de la résiliation.

#### **Article 5. Révision des garanties**

Les garanties sont définies en prenant en considération la réglementation actuelle du Régime de base français. Si ultérieurement une nouvelle réglementation ou les dispositions prises par l'UNCAM, en application des dispositions législatives ou réglementaires alors en vigueur, entraîne(nt) une modification des engagements, la MNT peut, selon le contexte et les contraintes réglementaires, procéder à l'ajustement de la cotisation ou adapter les prestations dans leurs conditions d'ouverture et/ou leur montant.

Le refus express du souscripteur dans le délai d'un mois suivant la proposition mentionnée à l'alinéa ci-dessus, adressée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception par la MNT, vaut demande de sa part, de résiliation du contrat d'assurance, sauf accord entre les parties sur les modalités de sa poursuite. La résiliation prend effet le premier jour du mois suivant la fin du délai d'un mois mentionné au présent alinéa.

A défaut de refus express, la proposition est considérée comme acceptée, et prend effet le premier jour du mois suivant la fin du délai d'un mois mentionné à l'alinéa ci-dessus.

#### **Article 6. Prise d'effet et durée de l'assurance**

L'affiliation prend effet :

- pour un Membre Participant présent à l'effectif du Souscripteur lors de la prise d'effet du contrat collectif : Le Membre Participant demandant son adhésion à la souscription du contrat et étant régulièrement inscrit sur les listes du personnel de la collectivité adhérente bénéficie, sans délai et automatiquement, de l'ensemble des garanties de la convention de participation.
- pour un Membre Participant nouvellement embauché : l'adhésion se fait le jour de la demande d'adhésion.
- pour un Membre Participant retraité : dès la liquidation de la pension vieillesse de son régime obligatoire et le jour de la demande d'adhésion.

L'extension de l'adhésion du Bénéficiaire s'il est couvert de manière facultative prend effet :

- A la même date que pour le Membre Participant lui-même, s'il répond déjà aux conditions pour acquérir cette qualité, ET lorsque le bulletin d'adhésion du Membre Participant comporte concomitamment la demande d'extension de la couverture au Bénéficiaire.
- A défaut, au jour de la demande d'adhésion.
- A défaut, au premier jour du mois qui suit la date à laquelle il acquiert les conditions pour être Bénéficiaire ET suivant la demande d'extension de la couverture au Bénéficiaire effectuée par le Membre Participant
- A l'occasion de la naissance d'un enfant, les garanties du contrat sont immédiates, la cotisation sera calculée à partir du 1<sup>er</sup> mois suivant la naissance.

Dans tous les cas, la présentation régulière des pièces justificatives nécessaires (photocopie de la carte d'étudiant, photocopie du contrat d'apprentissage...) conditionne le maintien des garanties.

#### **Adhésion à la suite d'un démarchage**

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu à l'alinéa ci-dessus met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique mentionné au même alinéa. Dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, le membre participant ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, le membre participant ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion. La mutuelle est tenue de rembourser au membre participant le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de fin d'adhésion. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.



Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la mutuelle si le membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat collectif à adhésion facultative et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

#### Adhésion à distance

Les dispositions applicables en cas d'adhésion à distance sont explicitées dans le document « dispositions applicables en cas d'adhésion à distance ».

#### Le droit à garantie cesse :

##### ▪ **pour chaque Membre Participant :**

- à la date de survenance du premier des événements suivants :
  - résiliation du contrat collectif conclu entre le Souscripteur et la MNT,
  - à la date à laquelle il ne fait plus partie du Groupe Assuré couvert par le contrat, ou cesse d'appartenir à l'effectif du Souscripteur,
  - liquidation de la pension vieillesse de son régime obligatoire pour les agents en activité de service, sauf dans le cas où il adhère en qualité de retraité au contrat,
  - au décès du Membre Participant ; dans ce cas, les garanties pourront être maintenues à la demande des ayants droits (loi Evin),
  - non-paiement des cotisations (article 18 de la présente notice),
- le Membre Participant peut mettre un terme à l'adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique à la MNT avant la date d'échéance moyennant un préavis d'un mois; Par dérogation, le membre participant qui quitte la fonction publique territoriale peut mettre fin à son adhésion en cours d'année. Dans ce cas, cette résiliation prend effet au premier jour du mois suivant la réception de sa demande par la MNT. La dénonciation de son affiliation par le Membre participant entraîne celle de ses bénéficiaires.

En cas de cessation des garanties, les mutuelles co-assureurs s'engagent à faire parvenir aux agents une proposition de contrat individuel, dans un délai d'un mois suivant la résiliation des garanties. L'adhérent et ses ayants-droit, bénéficiaires des garanties, auront la possibilité d'adhérer individuellement à l'une des garanties élaborées à leur intention, sans que les mutuelles co-assureurs ne puissent opposer aucun motif de refus. Les conditions en vigueur de ces formules à adhésion individuelle peuvent être communiquées sur simple demande. Sous réserve que la demande d'adhésion individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de six mois à compter de la radiation du présent contrat, il ne sera pas fait application de période probatoire de droit d'entrée.

En cas de décès du membre participant, les garanties pourront être maintenues à la demande des ayants droit.

En cas de modification apportée à ses droits et obligations, le Membre Participant peut, dans un délai de 30 jours à compter de la remise de la notice d'information, dénoncer son affiliation et celle de ses Bénéficiaires en raison de ces modifications.

#### Changement de niveau de garanties :

Le membre participant peut chaque année à l'échéance choisir de modifier la formule de garantie dont il bénéficie pour lui et les personnes qui lui sont rattachées, sous réserve d'avertir l'organisme d'assurance par lettre recommandée avec accusé de réception dans le respect d'un préavis de deux mois avant l'échéance.

En cas de changement de structure familiale, la modification de garantie intervient le 1er du mois suivant le délai de deux mois d'envoi de la demande.

#### Les cas particuliers de suspension du contrat de travail :

Le bénéfice des garanties est maintenu pendant toute la période de suspension du contrat de travail pour congés maladie, maternité ou accident indemnisés ou non, les cotisations étant calculées selon les règles prévues par le régime.

A l'exclusion des congés pour raisons médicales, les garanties sont suspendues de plein droit à compter de la date de suspension du contrat de travail.

Le bénéfice de la garantie frais de santé peut cependant être maintenu à la demande des membres participants, dont le contrat de travail est suspendu, notamment pour les agents :

- en cas de démission du poste de travail ;
- en cas de révocation ;
- en congé parental d'éducation ;
- en congé de formation professionnelle ;
- mis à disposition pour convenance personnelle ;
- en congé pour présence parentale ;
- en cas d'accompagnement d'une personne en fin de vie ;
- en congé pour création d'entreprise.

Ces agents doivent alors régler la totalité de la cotisation, sans participation du souscripteur. Le maintien des garanties doit faire l'objet d'une demande expresse de la part de ces agents et sous réserve de respecter un préavis de deux mois précédant la suspension du contrat de travail.



### Cas particulier de la portabilité

Si les membres participants changent d'employeur en application d'une réorganisation, le nouvel employeur est substitué de plein droit à l'ancien employeur pour la convention de participation et le contrat collectif d'assurance conclus par ce dernier avec la Mutuelle. La convention et le contrat sont exécutés dans les conditions antérieures jusqu'à leur échéance, sauf accord contraire entre le nouvel employeur, l'ancien employeur et la Mutuelle. Ceux-ci peuvent convenir d'une échéance de la convention et du contrat antérieure à celles stipulées dans le but d'harmoniser le régime des participations applicables aux agents. La Mutuelle est informée de la substitution de personne morale par le nouvel employeur. La substitution de personne morale à la convention et au contrat n'entraîne aucun droit à résiliation ou à indemnisation pour la Mutuelle.

En cas de départ du membre participant de l'effectif de l'employeur avec embauche simultanée auprès d'un autre employeur, la portabilité à titre individuel de l'adhésion est acceptée sans réduction des garanties ni révision des taux de cotisation. La demande de portabilité doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximum de deux mois à compter de la date d'embauche chez le nouvel employeur. Cette adhésion doit être formalisée au moyen d'un bulletin d'adhésion.

#### ▪ **pour chaque Bénéficiaire :**

- à la date de survenance du premier des évènements suivants :
  - à la date de cessation des garanties du Membre Participant.
  - au 31 décembre de l'année au cours de laquelle les enfants à charge ne répondent plus aux conditions leur conférant cette qualité ;
  - au 1<sup>er</sup> mois de l'année au cours de laquelle il ne répond plus aux conditions lui conférant la qualité de Bénéficiaire,
  - à la date de résiliation par le Membre Participant de la couverture de son Bénéficiaire.
- Le Membre Participant peut mettre un terme à la couverture facultative de ses Bénéficiaires tous les ans en envoyant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique à la MNT avant la date d'échéance moyennant un préavis de deux mois.

### **Article 7. Conditions d'affiliation et formalités**

Chaque Membre Participant ou Bénéficiaire est affilié au contrat sur la foi des déclarations effectuées par le Souscripteur. La MNT ne se trouve engagée que par les déclarations et pièces transmises par le Souscripteur.

Dans le mois qui suit la date d'effet des garanties, le Souscripteur doit communiquer à la MNT les informations nécessaires à l'affiliation de ses agents ou membres, à l'aide de support de transmission d'information dont la nature et le contenu sont convenus entre le Souscripteur et la MNT.

Tout évènement affectant la situation administrative du Membre Participant doit faire l'objet d'une information que le Souscripteur s'engage à communiquer à la MNT dans le mois suivant cet évènement selon les modalités précédemment indiquées.

Aucune formalité médicale ni de condition d'âge ne sont exigées.

#### Justificatifs à fournir annuellement pour les Bénéficiaires :

- Pour les enfants, une copie de l'attestation d'ouverture de droits auprès d'un régime de Sécurité Sociale, et/ou une copie de l'avis d'imposition du Membre Participant.
- Pour les enfants étudiants, un certificat de scolarité avec mention de leur appartenance au régime de Sécurité Sociale, et un justificatif prouvant leur statut « à charge fiscalement ».
- Pour le conjoint, une copie de l'attestation d'ouverture de droits auprès d'un régime de Sécurité Sociale.
- Pour le partenaire au titre d'un pacs, une copie de l'attestation du PACS établie par le greffe du tribunal d'instance ainsi qu'une copie de l'attestation d'ouverture de droits auprès d'un régime de Sécurité Sociale.
- Pour le concubin, une attestation sur l'honneur de concubinage, une facture aux deux noms ou deux factures à chacun des deux noms à la même adresse, ainsi qu'une copie de l'attestation d'ouverture de droits auprès d'un régime de Sécurité Sociale.
- Pour les enfants invalides, une copie de la décision de la Sécurité Sociale ou du justificatif de l'Allocation Adulte Handicapé ou de la carte d'invalidé civil.

### **Article 8. Tiers payant**

Lorsque la MNT pratique le tiers payant sur les participations Sécurité sociale et mutuelle, l'adhésion à la mutuelle entraîne ipso facto délégation du Membre Participant et des Bénéficiaires au profit de la mutuelle, permettant à celle-ci de percevoir en ses lieux et places les prestations qui lui sont dues par les caisses d'assurance maladie et autres organismes de Sécurité sociale.

Dans le cas où les membres participants et le cas échéant, leurs ayants droit s'adressent à un professionnel de santé qui est tenu ou a choisi de pratiquer le tiers payant et en a fait les démarches à cette fin, le présent contrat leur permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, dans le cadre des règles afférentes au contrat responsable.

La carte d'adhérent remise au membre participant permet le tiers payant avec ces professionnels de santé et l'obtention le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires ou de médecine de ville. Cette carte reste la propriété de la Mutuelle et doit être restituée dans les quinze jours du départ du membre participant de la collectivité.



### **Article 9. Devis et expertise à la demande de la MNT**

Qu'ils soient demandés par la MNT ou produits spontanément par le Membre Participant, les Mutuelles co-assureurs se réservent le droit de soumettre les devis à l'examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. Les Mutuelles co-assureurs peuvent également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale du Membre Participant. Dans ce cas, les frais d'honoraires liés à des opérations d'expertise seront à la charge exclusive des Mutuelles co-assureurs.

### **Article 10. Réticence et fausse déclaration**

Les conditions d'exécution du contrat à l'égard des Membres Participants et de leurs Bénéficiaires sont basées sur les déclarations transmises par le Souscripteur.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations payées demeureront alors acquises à la MNT qui aura droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Sauf au cas prévu à l'alinéa 2 du présent article, aucun Membre Participant ne peut être exclu de l'assurance contre son gré, tant qu'il fait partie du Groupe Assuré et à condition que les cotisations soient acquittées.

### **Article 11. Prescription**

**En application de l'article L 221-11 du code de la mutualité, toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui lui a donné naissance.**

Toutefois, ce délai ne court :

**1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre Participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance.**

**2° 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 l'action du Membre Participant ou du Bénéficiaire contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre Participant ou le Bénéficiaire, ou a été indemnisé par celui-ci.

Conformément à l'article L.221-12 du Code la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressé par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant ou le bénéficiaire à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément aux dispositions des articles 2240 à 2246 du Code civil, les causes ordinaires d'interruption de la prescription mentionnée ci-dessus 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.

### **Article 12. Subrogation**

Les Mutuelles co-assureurs sont subrogées de plein droit au membre participant ou à un de ses ayants droit, victime d'un accident, dans ses droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par les Mutuelles co-assureurs, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique du membre participant et/ou bénéficiaire.

Afin de permettre aux Mutuelles co-assureurs de pouvoir exercer leur droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engage à déclarer à la MNT tout accident dont il est victime.

### **Article 13. Renseignements – Réclamations - Médiation**

Les demandes de renseignements ou les réclamations sur l'interprétation du présent Contrat doivent être formulées auprès de la Mutuelle par écrit (courrier ou courriel) et par oral (téléphone).

Pour toute réclamation relative à un sinistre, le Membre participant, ses ayants droits ou les bénéficiaires peu(ven)t s'adresser à la Mutuelle par écrit (courrier ou courriel) et par oral (téléphone).

Dès réception, la réclamation sera prise en charge. La Mutuelle apportera directement une réponse au Membre participant.





En cas de désaccord sur la réponse donnée, l'adhérent peut saisir le Service réclamation- 42/44 rue du Général de Larminat – TSA 20015 – 33044 BORDEAUX CEDEX.

Enfin, si le litige persiste après épuisement de ces procédures internes de traitement des réclamations, Membre participant ou les bénéficiaires pourront saisir le Médiateur de la Mutualité Française.

La médiation est assurée par un tiers indépendant et impartial, et vise à proposer un règlement amiable des litiges individuels entre un adhérent et la Mutuelle. Le recours au médiateur est gratuit pour le réclamant.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux.

Pour saisir le médiateur de la MNT, le Membre participant ou les bénéficiaires doi(ven)t transmettre un courrier accompagné de toutes les pièces justificatives à :

Monsieur le Médiateur

FNMF

255, rue de Vaugirard

75719 Paris Cedex 15

Attention : le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

Conformément aux dispositions de l'article 2238 du Code civil, la prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

#### **Article 14. Représentation des membres participants au sein de la MNT**

A la date de leur affiliation, les agents du Souscripteur deviennent Membres Participants des Mutuelles co-assureurs. Les modalités de participation des Membres Participants et, le cas échéant, des membres honoraires à l'assemblée générale des Mutuelles co-assureurs sont déterminés par leur statut respectif.

#### **Article 15. Données personnelles**

Dans le cadre de leurs activités, la Mutuelle Nationale Territoriale réalise différents traitements de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses ayants-droit éventuels, en qualité de responsables de traitement.

Le traitement de ces données à caractère personnel est nécessaire afin de prendre en compte l'adhésion au contrat, et d'assurer la gestion du dossier du membre participant et d'organiser la vie institutionnelle relevant des statuts, ainsi que pour répondre à des prescriptions réglementaires parmi lesquelles :

- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- la lutte contre la fraude ;
- les réponses aux demandes officielles des autorités publiques ou judiciaires dûment autorisées.

Le défaut de fourniture des données sollicitées aura pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus.

Les données collectées sont conservées le temps nécessaire à l'exécution du contrat ou pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance.

Les données sont destinées aux personnels habilités de la mutuelle et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être transmises à des sous-traitants et partenaires contribuant à la réalisation de ces finalités.

Dans certains cas, la Mutuelle Nationale Territoriale, pour utiliser ses données personnelles, doit requérir le consentement du membre participant. Il peut en être ainsi par exemple :

- lorsque les finalités mentionnées ci-dessus donnent lieu à une prise de décision automatisée produisant des effets juridiques le concernant ou l'affectant de manière significative. La Mutuelle Nationale Territoriale l'informerá alors de la logique sous-jacente ainsi que de l'importance et des conséquences prévues de ce traitement ;
- s'il est procédé à un traitement à des fins autres que celles décrites ci-avant. La Mutuelle Nationale Territoriale informera alors le membre participant et, si nécessaire, lui demandera son consentement.

Lorsque le consentement a été donné, celui-ci peut être retiré à tout moment. Ce retrait ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.

Dès lors que le membre participant retire son consentement au traitement de données nécessaires à la prestation de service, il ne peut plus alors bénéficier de cette prestation.



Conformément aux dispositions de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel et notamment du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, le membre participant dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de portabilité de ses données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données le concernant. Il dispose également du droit de décider du sort de ses données après son décès.

Sans opposition de sa part, les données personnelles du membre participant pourront être utilisées pour des actions commerciales et pour l'envoi d'information sur les produits et services proposés par la Mutuelle Nationale Territoriale.

Pour l'exercice de ces droits, le membre participant peut envoyer une demande, en fournissant un justificatif d'identité comportant sa signature, par courrier postal ou par courriel, à l'adresse du Délégué à la Protection des Données (ou Data Protection Officer - DPO) de la **MNT : 4, rue d'Athènes – 75009 Paris ou [dpo@mnt.fr](mailto:dpo@mnt.fr)**.

Le membre participant peut également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), sise 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75 334 Paris Cedex 07, par courrier postal, en ligne en utilisant le formulaire disponible à l'adresse <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> ou par téléphone au +33 (0)1 53 73 22 22.

Le membre participant peut enfin, à tout moment, s'inscrire en ligne sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel, à l'adresse <https://inscription.bloctel.fr/>.

## CHAPITRE 3 – COTISATIONS

### **Article 16. Taux et assiette de cotisation**

En cas d'adhésion d'un Membre Participant ou d'un Bénéficiaire en cours d'exercice, la cotisation est calculée prorata temporis.

Toute taxe qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, serait mise à charge du Souscripteur et payable en même temps que la cotisation.

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale) de l'année N-1. Elles sont maintenues pendant les trois premières années de la convention, soit jusqu'au 31/12/2022, hors évolution réglementaire et fiscale. En tout état de cause, les montants des cotisations en euros évolueront chaque année en fonction de l'évolution du PMSS.

A compter du 1er janvier 2023, les cotisations de chaque catégorie de personnels mentionnée aux Conditions Particulières sont révisables annuellement conformément aux dispositions prévues à l'article 20 du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011. Toutefois, les majorations éventuelles seront uniquement pilotées en fonction du critère de l'aggravation de la sinistralité. La majoration maximale sera de 10% par an.

### **Article 17. Paiement de la cotisation**

Le Souscripteur contribue au financement des garanties du présent contrat collectif auquel ses agents adhèrent, sous la forme d'une participation d'un montant unitaire par agent. Le montant de cette participation financière est fixé à la convention de participation ; celle-ci est versée par le Souscripteur mensuellement au Membre Participant.

#### - Pour le personnel Actifs :

Pour les membres participants en activité du Souscripteur, le Souscripteur est tenu au paiement de la cotisation du Membre Participant et éventuellement des Bénéficiaires, dont la couverture est facultative. Les cotisations sont prélevées mensuellement sur les traitements des agents et sont reversées mensuellement à la MNT à terme échu.

#### - Pour le personnel Retraités, le personnel bénéficiant de la portabilité ou en mobilité :

Pour les membres participants retraités, les membres participants bénéficiant de la portabilité ou en mobilité, seul le Membre Participant est tenu au paiement de la cotisation due pour sa propre adhésion et celle de ses Bénéficiaires, à l'égard de la MNT. Cette cotisation est payable mensuellement d'avance et est appelée directement par la MNT auprès du Membre Participant.

Le membre participant s'engage à communiquer à la Mutuelle Nationale Territoriale les documents et informations nécessaires au prélèvement des cotisations, et au paiement des prestations, dues pour lui et ses ayants droit. Il s'engage ainsi à communiquer à la mutuelle ses nouvelles coordonnées bancaires résultant de la mise en place de l'Espace unique de paiement en euros (« SEPA »), et notamment :

- l'identifiant international de son établissement financier, régulièrement désigné par le sigle BIC ;
- l'identifiant international de son compte bancaire, fréquemment désigné par le sigle IBAN.

a/ En ce qui concerne le prélèvement des cotisations, le membre participant autorise la Mutuelle Nationale Territoriale à prélever le montant correspondant aux cotisations dues par le membre participant pour sa couverture et celle de ses ayants droit ; ce montant sera communiqué par la Mutuelle Nationale Territoriale au membre participant sept jours calendaires au moins avant la date du premier prélèvement et quatorze jours calendaires au moins avant cette date dans le cas où le membre participant aurait adhéré à distance à la Mutuelle Nationale Territoriale. Le membre participant s'engage donc à retourner à la mutuelle, dûment rempli et dans un délai de 7 jours suivant l'adhésion, le mandat de prélèvement qu'elle lui aura remis, accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire mentionnant l'identifiant international de son établissement financier et l'identifiant international de son compte bancaire.



b/ En cas de changement des garanties au cours d'une période d'assurance entraînant une modification des cotisations, le membre participant autorise expressément la Mutuelle Nationale Territoriale à prélever le montant de la fraction de cotisation correspondant aux nouvelles garanties choisies, durant le mois au cours duquel lesdites garanties, telles que modifiées, prendront effet. La Mutuelle Nationale Territoriale adressera l'échéancier modifié au membre participant préalablement à la réalisation du prélèvement.

c/ Dans le cas où, du fait du membre participant, le prélèvement d'une ou de plusieurs fractions de cotisation n'aurait pas pu être effectué pour le ou les mois pour lesquels elles étaient dues, et notamment en cas de non-approvisionnement du compte du membre participant, ce dernier autorise expressément la mutuelle à prélever, le mois suivant, la fraction de cotisation demeurée impayée, et la ou les fractions de cotisation venues à échéance, ainsi que les éventuels frais de gestion induits par le ou les rejets de prélèvement.

Préalablement, la Mutuelle Nationale Territoriale adressera dans les meilleurs délais au membre participant un courrier informatif justifiant du prélèvement majoré des cotisations impayées.

d/ En cas d'opposition au prélèvement d'une ou de plusieurs fractions de cotisation se révélant injustifiée, le membre participant autorise la Mutuelle Nationale Territoriale à prélever, dès règlement du litige l'opposant à la mutuelle :

- le montant de la ou des fractions de cotisation dont le paiement a été refusé par le membre participant ;
- les fractions de cotisation venues à échéance depuis cette date ;
- ainsi que les frais de gestion induits par le ou les rejets de prélèvement.

Préalablement, la Mutuelle Nationale Territoriale adressera dans les meilleurs délais un courrier informatif justifiant ce prélèvement au membre participant.

### **Article 18. Non-Paiement de la cotisation**

#### **Non-paiement des cotisations précomptées sur salaire**

Conformément aux dispositions de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour la Mutuelle d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive du Souscripteur et de poursuivre en justice l'exécution du Contrat, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après l'envoi par la Mutuelle au Souscripteur, d'une lettre recommandée avec avis de réception constituant une mise en demeure. Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au souscripteur, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

Le membre participant est informé 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'il entreprend de se substituer au souscripteur pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle a le droit de résilier le contrat dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus. Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi, que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Les frais médicaux engagés durant la période de suspension de la garantie ne donnent lieu à aucune prise en charge par la Mutuelle.

#### **Non-paiement des cotisations prélevées sur compte bancaire**

Conformément aux dispositions de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, lorsque le souscripteur n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au contrat. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement.

#### **Intérêts moratoires**

En cas de retard par le souscripteur de paiement des cotisations, des intérêts moratoires au taux légal seront appliqués, sans qu'il soit besoin pour la Mutuelle d'adresser au souscripteur une mise en demeure.

#### **Défaut de paiement de la participation financière du souscripteur**

La procédure prévue en cas de non-paiement des cotisations précomptées est applicable à l'employeur qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, la Mutuelle informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la Mutuelle ne couvre plus le risque.

## **CHAPITRE 4 – GARANTIES FRAIS DE SANTE**

### **Article 19. Objet et montant**

La garantie a pour objet de servir aux Membres Participants et bénéficiaires des prestations en complément du Régime général de Sécurité Sociale à l'occasion des frais engagés au titre de la maladie, d'un accident ou de la Maternité, qu'il a exposés dans les conditions et limites prévues par le contrat.



L'étendue et le montant des garanties sont précisés aux Conditions Particulières : celles-ci peuvent prévoir la prise en charge de tous les frais qui, figurant dans la nomenclature des actes professionnels, n'ont pas fait l'objet d'un remboursement du régime français de la Sécurité Sociale. Les Conditions Particulières précisent les modalités du remboursement complémentaire.

Dans le cas où les Conditions Particulières prévoient la possibilité de choisir parmi différents régimes de Santé, le Membre Participant et ses Bénéficiaires ont obligatoirement le même régime de santé.

Le remboursement des dépenses de frais de soins de santé par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective du membre participant ou de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

#### **Article 20. Bénéficiaire de la garantie Frais de santé**

La garantie est accordée, au Membre Participant pour lui-même, et pour ses Bénéficiaires tels que définis à l'article 2 de la présente notice d'information.

#### **Article 21. Définition des prestations**

La MNT assure le versement de prestations en nature complémentaires à celles servies au titre de la législation sur la Sécurité sociale. Toutes les garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats responsables font l'objet d'un tiers payant.

Les prestations accordées par la MNT sont fonction du descriptif et du niveau des garanties précisés en annexe.

En cas de baisse des prestations de la Sécurité sociale, les engagements de la MNT ne pourront en aucun cas s'en trouver aggravés.

Les garanties respectent les exclusions et obligations minimales et maximales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale conférant ainsi à ces garanties leur caractère responsable. En cas d'évolution de la législation relative aux « contrats responsables », la procédure de mise en conformité visée à l'article 3 du présent Contrat sera mise en œuvre.

#### Précisions concernant certaines prestations :

1. **Forfait journalier** : prévu par l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale, il est remboursé sans limitation par la mutuelle lorsqu'il est dû par l'assuré en cas d'hospitalisation au sein d'un établissement hospitalier (médecine, chirurgie). En revanche, ce forfait n'est pas remboursé en cas d'admission dans un établissement médico-social visé par l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.
2. **Chambre particulière en établissement spécialisé** : les indemnités sont limitées à 60 jours.
3. **Frais accompagnant** : la prestation est accordée, à la personne accompagnant, durant un minimum d'une nuitée, un membre participant ou un ayant droit.  
Les frais doivent avoir été engagés dans l'établissement où séjourne la personne hospitalisée. Toutefois, la prestation est également accordée lorsque les frais sont engagés dans une maison spécialisée dans l'accueil des accompagnants de personnes hospitalisées. Les frais remboursés concernent uniquement l'hébergement, le petit-déjeuner et éventuellement les repas pris par l'accompagnant. Les autres frais sont exclus de toute prise en charge (parking, presse, internet,...). La prestation des frais d'accompagnant prend effet dès la première nuitée d'hospitalisation du malade et est versée dans la limite des frais engagés et du montant défini au tableau des prestations.  
Pour l'hospitalisation d'une personne handicapée quel que soit son âge, la Mutuelle intervient si la personne handicapée est titulaire, soit de l'attestation d'invalidité délivrée par la Caisse Primaire d'Assurances Maladie, soit de la carte publique d'invalidité officiellement délivrée par un organisme public reconnu.
4. **Hospitalisation** : les règles s'appliquent sauf dispositions plus favorables prévues par convention entre la MNT et l'établissement d'hospitalisation.
5. **Honoraires médicaux et chirurgicaux** : dans le cas d'application d'un tarif d'autorité, le remboursement de la Mutuelle est calculé sur la base du tarif conventionnel en vigueur à la date des soins.
6. **Optique** : Les verres sont définis conformément au décret contrat responsable n°2019-21 du 11 janvier 2019. Le décret indique également les planchers et les plafonds de remboursement pour les équipements (verres et montures) selon les catégories de verres. En tout état de cause, le montant des montures est plafonné à 100 euros (remboursement de la sécurité sociale incluse). Le contrat prévoit une prise en charge limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans pour les personnes de plus de 16 ans.  
Cette période est fixe et ne peut donc être ni réduite ni allongée. Elle s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique précédent.  
Dérogations :
  - ↳ Pour les plus de 16 ans : renouvellement en cas d'évolution de la vue uniquement (y compris par l'opticien) après une période d'un an, et sous conditions de variations minimales de la correction) ; renouvellement en cas de raisons médicales sans délai minimal et sur prescription médicale.
  - ↳ Pour les enfants jusqu'à 15 ans : un équipement par an ; renouvellement sans délai minimal en cas d'évolution justifiée par une prescription médicale



**Appairage** : En optique, il est possible qu'un œil n'ait pas la même correction que l'autre. Pour des raisons esthétiques, il est important d'avoir des cambrures les plus semblables possibles sur les deux verres de la paire. L'appairage est donc indispensable pour éviter de créer un grossissement différent entre les deux yeux, qui pourrait perturber la vision binoculaire du porteur.

7. **Participation forfaitaire et Franchise médicale**

**Participation forfaitaire** : en application de l'article L.322-2 II du Code de la Sécurité sociale, une participation forfaitaire est laissée à la charge du membre participant ou du bénéficiaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré acquitte également cette participation pour tout acte de biologie médicale. Au 1<sup>er</sup> janvier 2011, son montant est de 1€. Cette participation forfaitaire n'est pas prise en charge par la mutuelle.

**Franchise médicale** : en application de l'article L.322-2-III du Code de la sécurité sociale, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, des franchises médicales sont supportées par les assurés sociaux ; elles portent sur les boîtes de médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports. Ces franchises médicales ne sont pas prises en charge par la mutuelle.

8. **Parcours de soins coordonnés** : Le décret sur les contrats responsables impose aux mutuelles de ne pas prendre en charge la totalité du coût restant à la charge du patient lorsque celui-ci n'a pas consulté en première intention son médecin traitant. Les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés. Peuvent être consultés directement les gynécologues, les ophtalmologues et les psychiatres.

9. **Médecine douce : condition d'indemnisation**

- Pour les ostéopathes et les chiropracteurs : être inscrits sur le répertoire ADELI/RPPS des Agences Régionales de Santé (ARS)

### **Article 22. Limite des remboursements**

**Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L.224-8 du Code de la Mutualité, 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 Membre Participant ou des Bénéficiaires, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale.**

**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 23. Risques exclus**

**SOUS RESERVE DU RESPECT DES OBLIGATIONS DE PRISE EN CHARGE PREVUES A L'ARTICLE R.871-2 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE, NE DONNENT PAS LIEU A REMBOURSEMENT, SAUF MENTION SPECIALE AUX CONDITIONS PARTICULIERES :**

- la participation forfaitaire mentionnée à l'article L.322-2 II du Code de la sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;
- les franchises médicales mentionnées à l'article L.322-2 III du Code de la sécurité sociale ;
- la majoration de participation de l'assuré prévue par l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant ;
- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la sécurité sociale ;
- la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas l'autorisation du professionnel de santé auquel il a recours, d'accéder à son dossier médical personnel à le compléter ;

Et de manière générale, tout autre acte, prescription, majoration ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application.

### **Article 24. Règlement des prestations**

Pour percevoir leurs prestations, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations.

Les demandes de paiement de prestations accompagnées des justificatifs originaux nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être produites dans les meilleurs délais auprès du centre de traitement des prestations compétent et au plus tard dans un délai maximum de deux ans, à compter de la date des soins ou de l'événement générateur de prestations en l'absence de remboursement Sécurité sociale.

Les documents à adresser selon que le membre participant et ses ayants droit, bénéficient ou non de l'échange de données informatisées, figurent au tableau en annexe II de la notice d'information.

La mutuelle peut exiger de ses adhérents la production de toutes pièces justificatives à l'appui d'une demande d'attribution des prestations. Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées, doit parvenir au centre de traitement des prestations compétent de la mutuelle dans un délai d'un an, à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement desdites prestations.



A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai maximum de 20 jours.

Les sommes dues peuvent être réglées :

- soit au Membre Participant et à ses Bénéficiaires par virement bancaire sur le compte de l'adhérent. A cet effet, un relevé d'identité bancaire ou postal est remis avec chaque bulletin d'adhésion. Pour les cas où la télétransmission n'est pas possible avec les CPAM, les demandes de remboursement sont adressées par l'adhérent à la mutuelle
- soit au Souscripteur, à charge pour lui de les verser au Membre Participant et Bénéficiaires concernés.

Des accords d'échanges informatisés ont été signés avec l'ensemble des C.P.A.M. de France, permettant de faire bénéficier :

- les assurés du régime général de la gestion NOEMIE. La mise en place doit être automatique pour tous salariés et leurs ayants-droit fournissant la copie de leur attestation vitale en cours de validité, sauf :
  - en cas de refus de l'assuré notifié par courrier ;
  - si la gestion NOEMIE fonctionne déjà auprès d'un autre organisme complémentaire (pour un ayant droit du salarié) ;

## CHAPITRE 5 – GARANTIES ANNEXES

Les garanties sont accordées sous réserve d'être souscrites et mentionnées aux Conditions Particulières, au Membre Participant et aux Bénéficiaires.

### **Article 25. Accès au fonds social**

Le contrat est souscrit par le souscripteur auprès de la Mutuelle Nationale Territoriale, en liaison avec la convention de participation conclue par le souscripteur avec la Mutuelle Nationale Territoriale.

### **Article 26. Assistance**

Ces garanties sont délivrées par R.M.A. (Ressources Mutuelles Assistance), entreprise d'assurance régie par le Code de la Mutualité.

Les Membres Participants et Bénéficiaires sont affiliés au contrat d'assurance de groupe souscrit par la MNT auprès de R.M.A. (Ressources Mutuelles Assistance), entreprise d'assurance régie par le Code de la Mutualité.

En qualité de Souscripteur du contrat, la mutuelle remet à chaque Membre Participant la notice d'information relative à celui-ci établie par R.M.A.

Conformément au mandat qui lui est donné par R.M.A., la MNT encaisse auprès de ses Membres Participants la part de cotisation relative à cette garantie et la reverse à R.M.A.

R.M.A est seule responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

### **Article 27. Bénéficiaire des garanties annexes**

Les garanties sont accordées sous réserve d'être souscrites et mentionnées aux Conditions Particulières, au Membre Participant et aux Bénéficiaires.



## ANNEXE I : TABLEAU DES GARANTIES

Nature des risques (remboursements Sécurité sociale incluse)	Formule Essentielle	Formule Optimale
<b>Soins courants</b>		
• Honoraires médicaux (généralistes)	100% BR	100% BR
• Honoraires médicaux (spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ophtalmologues y compris téléconsultation)	100% BR	100% BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (1)	70% BR	95% BR
- Dépassement d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (1)	50% BR	75% BR
• Honoraires paramédicaux	100% BR	115% BR
• Analyses et examens de laboratoire	100% BR	115% BR
• Radiographie médecins adhérents au DPTM (1)	100% BR	135% BR
• Radiographie médecins non adhérents au DPTM (1)	100% BR	115% BR
• Actes Techniques Médicaux médecins adhérents au DPTM (1)	100% BR	135% BR
• Actes Techniques Médicaux médecins non adhérents au DPTM (1)	100% BR	115% BR
• Médicaments	100% BR	100% BR
• Matériel médical		
- Fournitures médicales, pansements	150% BR	250% BR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	150% BR	250% BR
• Actes de prévention pris en charge par la sécurité sociale	100% BR	100% BR
• Honoraires de médecine douce reconnus par le Ministère de la Santé (chiropractie, ostéopathie)	NEANT	20€ par séance max 2/an
• Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (art L.162-58 CSS)	100% BR	100% BR
<p><b>Optique</b> : Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévu par cet arrêté.</p>		
<b>Équipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans</b>		
• Equipements 100% Santé (Classe A) (2)		
- Monture	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
- Verres	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
• Autres équipements (Classe B)		
-Monture	Rbst RO plus 75 €	Rbst RO plus 95 €
-Verres	voir grille optique	voir grille optique
-Adaptation de l'ordonnance	Frais réels	Frais réels
• Lentilles remboursées par le régime de base	100% BR + 100 € / an	100% BR + 150 € / an
• Lentilles non remboursées par le régime de base	100 € / an	150 € / an
• Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base	NEANT	200 € / œil



Nature des risques (remboursements Sécurité sociale incluse)	Formule Essentielle	Formule Optimale
<b>Dentaire</b>		
• Soins et prothèses 100% Santé (2)	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
• Soins hors 100% Santé	125% BR	150% BR
• Prothèses hors 100% Santé		
-Prothèses dentaires remboursées par le régime de base hors inlay core	270% BR	370% BR
-Inlay core	125% BR	150% BR
• Parodontologie non remboursée par le régime de base	150 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire
• Orthodontie prise en charge par le régime de base	250% BR	300% BR
• Implantologie (maxi 2)	150 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire
<b>Aides auditives : prise en charge limitée à une aide auditive par oreille tous les 4 ans</b>		
• Equipements 100% Santé (2)	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
• Equipements hors 100% Santé (dans la limite de 1700 €/appareil, sécurité sociale incluse)	60% BR + 1460 € / oreille/ bénéficiaire	60% BR + 1460 € / oreille/ bénéficiaire
• Piles et accessoires	100% BR	100% BR
<b>Hospitalisation</b>		
• Frais de séjour	100% BR	200% BR
• Honoraires	100% BR	100% BR
-Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (1)	70% BR	95% BR
-Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (1)	50% BR	75% BR
• Participation du patient (3)	Frais réels	Frais réels
• Chambre particulière max 60j en Ets spécialisés	67 € / jour	67 € / jour
• Chambre particulière ambulatoire	20 € / jour	20 € / jour
• Frais d'accompagnant	15 € / jour	25 € / jour
• Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels
• Forfait Patient Urgence (Art L.160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels
<b>Maternité</b>		
• Frais de séjour	100% BR	100% BR
• Honoraires	100% BR	100% BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM (1)	70% BR	95% BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM (1)	50% BR	75% BR
• Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels
<b>Divers</b>		
• Transport pris en charge par le régime de base	100% BR	100% BR
• Cure thermale prescrite et acceptée par le régime de base	NEANT	100% BR + 100€
• Assistance	OUI	OUI
• Réseau de soins	OUI	OUI

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM-CO).

(2) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur relatifs au 100% santé. Prise en charge intégrale, après remboursement de la Sécurité Sociale, des équipements d'optique, et des aides auditives à hauteur des prix limites de vente en vigueur à la date des soins. Prise en charge intégrale, après remboursement de la Sécurité Sociale, des soins et des prothèses dentaires à hauteur des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes

(3) Participation du patient : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (24 € en 2019). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €.





<b>FORMULE Essentielle : grille optique</b>	<b>Mineurs &lt; 16 ans</b>	<b>Adultes (16 ans et +)</b>
<b>Type de Verre</b>	<b>Remboursement MNT seule</b>	<b>Remboursement MNT seule</b>
<b>Par Verre Simple Foyer, Sphérique</b>		
sphère de -6 à +6	50,00 €	60,00 €
sphère de -6,25 à -8 ou de +6,25 à +8	70,00 €	80,00 €
sphère < -8 ou >+8	90,00 €	100,00 €
<b>Par Verre Simple Foyer, Sphéro-cylindrique</b>		
cylindre ≤ +4 sphère de -6 à 0	60,00 €	70,00 €
somme cylindre + sphère positive (S) ≤ +6	80,00 €	90,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à 0	100,00 €	110,00 €
cylindre ≥ 0,25 et sphère < -6	120,00 €	130,00 €
somme cylindre + sphère positive (S) > +6	120,00 €	130,00 €
<b>Par Verre Multi-focal ou Progressif Sphérique</b>		
sphère de -4 à +4	120,00 €	150,00 €
sphère < -4 ou >+4	140,00 €	200,00 €
<b>Par Verre Multi-focal ou Progressif Sphéro-cylindrique</b>		
sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ +4	150,00 €	180,00 €
sphère < -8 et cylindre ≥ 0,25	170,00 €	210,00 €
somme cylindre + sphère (S) ≤ 8	150,00 €	180,00 €
somme cylindre + sphère positive (S) > 8	170,00 €	210,00 €

<b>FORMULE Optimale : grille optique</b>	<b>Mineurs &lt; 16 ans</b>	<b>Adultes (16 ans et +)</b>
<b>Type de Verre</b>	<b>Remboursement MNT seule</b>	<b>Remboursement MNT seule</b>
<b>Par Verre Simple Foyer, Sphérique</b>		
sphère de -6 à +6	70,00 €	110,00 €
sphère de -6,25 à -8 ou de +6,25 à +8	90,00 €	130,00 €
sphère < -8 ou >+8	110,00 €	150,00 €
<b>Par Verre Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</b>		
cylindre ≤ +4 sphère de -6 à 0	80,00 €	120,00 €
somme cylindre + sphère positive (S) ≤ +6	100,00 €	140,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à 0	120,00 €	160,00 €
cylindre ≥ 0,25 et sphère < -6	140,00 €	180,00 €
somme cylindre + sphère positive (S) > +6	140,00 €	180,00 €
<b>Par Verre Multi-focal ou Progressif Sphérique</b>		
sphère de -4 à +4	130,00 €	200,00 €
sphère < -4 ou >+4	150,00 €	220,00 €
<b>Par Verre Multi-focal ou Progressif Sphéro-cylindrique</b>		
sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ +4	160,00 €	230,00 €
sphère < -8 et cylindre ≥ 0,25	180,00 €	250,00 €
somme cylindre + sphère (S) ≤ 8	160,00 €	230,00 €
somme cylindre + sphère positive (S) > 8	180,00 €	250,00 €



## **ANNEXE II - PIECES A FOURNIR POUR LE PAIEMENT DES PRESTATIONS LORSQUE CES DERNIERES SONT PREVUES AU CONTRAT (liste non exhaustive)**

LA MNT PEUT EXIGER DE SES ADHERENTS LA PRODUCTION DE TOUTES PIECES JUSTIFICATIVES A L'APPUI D'UNE DEMANDE D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS

EN CAS DE :	Si vous bénéficiez de l'Echange de Données Informatisées et que vous avez réglé la totalité des frais (*)	Si vous ne bénéficiez pas de l'Echange de Données Informatisées et que vous avez réglé la totalité des frais (*)
<b>Si vous avez réglé uniquement la part mutuelle (ticket modérateur) et/ou un dépassement d'honoraires : joindre la facture originale apposée du cachet du praticien, indiquant le montant réglé par vos soins</b>		
<b>SOINS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX</b>	Vous n'avez rien à envoyer.	Décompte de la Sécurité sociale.
<b>HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE</b>	<b>FRAIS DE SEJOUR / HONORAIRES :</b> - Original du bordereau d'hospitalisation accompagné de la facture originale apposée du cachet de l'établissement, si le paiement a été effectué directement au secrétariat. <b>CHAMBRE PARTICULIERE / FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT</b> - Toute facture originale acquittée	
<b>SOINS DENTAIRES ET PROTHESES PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE</b>	Vous n'avez rien à envoyer.	Décompte de la Sécurité sociale.
<b>IMPLANTS DENTAIRES PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE</b>	Vous n'avez rien à envoyer.	Facture originale apposée du cachet du praticien précisant le(s) numéro(s) des dents concernées et le décompte de la Sécurité sociale
<b>IMPLANTS DENTAIRES ET PROTHESES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE</b>	Facture originale acquittée apposée du cachet du dentiste précisant le(s) numéro(s) des dents concernées.	
<b>ORTHODONTIE ACCEPTEE PAR LA SECURITE SOCIALE</b>	Facture originale acquittée	Décompte de la Sécurité sociale.
<b>ORTHODONTIE REFUSEE PAR LA SECURITE SOCIALE</b>	Facture originale acquittée et apposée du cachet du praticien précisant la cotation des actes, la date de début et de fin de traitement/semestre	
<b>LUNETTES, LENTILLES ACCEPTEES PAR LA SECURITE SOCIALE</b>	Vous n'avez rien à envoyer.	Décompte de la de Sécurité sociale.
<b>DEROGATION LUNETTES VARIATION ACUTE VISUELLE</b>	- La prescription mentionnant impérativement la correction. Si la correction a été adaptée par l'opticien, fournir la prescription initiale sur laquelle l'opticien mentionne la nouvelle correction. - La facture.	
<b>LENTILLES REFUSEES PAR LA SECURITE SOCIALE</b>	- La prescription - La facture originale acquittée précisant la mention hors T.I.P.S.	
<b>CHIRURGIE DES YEUX</b>	Facture originale acquittée apposée d'un cachet du praticien indiquant le montant payé	
<b>APPAREILLAGE ORTHOPEDIQUE OU AUDITIF</b>	Vous n'avez rien à envoyer	Décompte de la de Sécurité sociale
<b>OSTEOPATHIE / CHIROPRACTIE / HOMEOPAHTIE</b>	Facture originale acquittée précisant la nature et la date de l'acte ainsi que le bénéficiaire des soins. Si nécessaire, le justificatif autorisant le praticien à faire usage professionnel du titre enregistré dans son département. Pour les Etiopathes : un justificatif d'inscription au registre national des étioopathes.	

(\*) : La notion d'échange de données informatisées doit être vérifiée par le membre participant sur chaque décompte de sécurité Sociale.

