



CONDITIONS GÉNÉRALES SANTÉ

SERVICE DEPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS DE L'HERAULT (34)

Sapeurs-Pompiers Volontaires

Réf. : CG Santé 2019 - SDIS 34 V

Mutuelle Nationale Territoriale, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité,
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584
et sous l'identifiant LEI 9695000Q8HEMSMEPF29 attribué par l'INSEE
Siège social : 4 rue d'Athènes – 75009 PARIS

PREAMBULE	3
TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES	3
1. Objet	3
2. Prise d'effet, durée et renouvellement du contrat	4
3. Révision du contrat	4
4. Bénéficiaires des prestations	4
5. Prise d'effet et durée de l'assurance	5
6. Conditions d'affiliations et formalités	7
7. Tiers-payant	7
8. Devis et expertise à la demande de la MNT	8
9. Réticence ou fausse déclaration	8
10. Prescription	8
11. Maintien des garanties	9
12. Subrogation	9
13. Information des Membres Participants	9
14. Représentation des Membres Participants au sein de la MNT	9
15. Réclamations - Médiation	9
16. Données personnelles	10
17. Autorité chargée du contrôle	11
TITRE II – COTISATIONS	11
18. Taux et assiette de cotisation	11
19. Paie ment de la cotisation	12
TITRE III - GARANTIES	13
20. Objet et Montant	13
21. Bénéficiaire de la garantie frais de santé	14
22. Définition des prestations	14
23. Limite des remboursements	15
24. Etendue territoriale des garanties	15
25. Risques exclus	16
26. Règlement des Prestations	17
27. Accès au fonds social	17
28. Assistance	17
29. Bénéficiaire des garanties annexes	18

PREAMBULE

Il est institué un ordre de priorité décroissante des documents contractuels :

- L'acte d'engagement et ses annexes
 - Le Cahier des charges modifié ou non par la note de réserves, dont l'exemplaire conservé dans les archives du SDIS de l'Hérault fait seule foi.
- L'ensemble des dispositions du cahier des charges constitue les conventions particulières au contrat. Ces dispositions dérogent à toutes les conditions d'assurance (générales, particulières, spéciales...) émises par l'assureur dans le cadre de la présente convention de participation et s'appliqueront par conséquent en priorité. Toutefois, dans le cas où les conditions de l'assureur comporteraient des dispositions plus favorables aux intérêts de l'assuré, leur application reprendrait un caractère prioritaire.
- Les textes de l'assureur (conditions générales, conditions particulières...).
 - Le Code des assurances, le code de la Mutualité et le code de la Sécurité sociale.

Le présent **contrat collectif de Santé** est conclu entre :

- le Souscripteur, dont la dénomination sociale est mentionnée aux conditions particulières ;
- la Mutuelle Nationale Territoriale, organisme assureur du contrat, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé 4 rue d'Athènes, 75009 PARIS, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584 et sous l'identifiant LEI 9695000Q8HEMSMEPFF29 attribué par l'INSEE.

Il est constitué des conditions générales et des conditions particulières.

Le présent contrat est lié à la convention de participation conclue par le souscripteur avec la Mutuelle Nationale Territoriale au profit des Sapeurs-Pompiers Professionnels et des Personnels Administratifs, Techniques et Spécialisés.

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 présent 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 présent contrat collectif de Santé.

Le Souscripteur est tenu d'en informer ses agents.

Le présent contrat est **à adhésion facultative** pour les agents relevant des catégories mentionnées à l'article 11 ci-dessous ; ils acquièrent, au titre de cette adhésion, la qualité de membre participant de la Mutuelle Nationale Territoriale.

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

Les Membres Participants sont, du fait de leur adhésion au présent contrat, soumis aux dispositions des statuts de la Mutuelle Nationale Territoriale ; la notice d'information qui leur est remise par le Souscripteur définit notamment les garanties du contrat ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur.

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

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

1. Objet

Les présentes dispositions s'appliquent au Souscripteur qui y a adhéré au contrat, aux agents du Souscripteur ou l'une ou plusieurs catégories d'entre eux définies aux Conditions Particulières, ci-après dénommés « les membres participants » ou « le Groupe Assuré ».

Les Conditions Particulières sont propres à chaque contrat. Elles présentent notamment le détail précis des prestations ainsi que les taux de cotisation.

Le contrat comprend les présentes Conditions Générales et les Conditions Particulières.

Réf. : CG Santé 2019 – SDIS 34 V

Le présent contrat a pour objet :

- de garantir, à l'ensemble des agents du Souscripteur en activité de service du Souscripteur et de leurs Bénéficiaires tels que défini à l'article 4, le remboursement de leurs dépenses médicales, en complément de la Sécurité Sociale, dans un cadre collectif et à adhésion facultatif.
- de définir les conditions dans lesquelles la Mutuelle Nationale Territoriale assure aux agents du Souscripteur qui adhèrent au présent contrat et aux Bénéficiaires des remboursements complémentaires de frais de soins de santé ainsi que certaines garanties annexes à ces remboursements.

Il est régi par le Code de la mutualité.

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.

2. Prise d'effet, durée et renouvellement du contrat

Le présent 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 conclue pour les sapeurs-pompiers Professionnels et les personnels administratifs, techniques et spécialisés.

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.

3. Révision du contrat

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.

4. Bénéficiaires des prestations

4.1. Les Membres Participants bénéficient des prestations prévues aux Conditions Particulières.

4.2. Outre les sapeurs-pompiers volontaires du souscripteur, 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 de la MNT sans en être membres.

Pour l'application des présentes Conditions Générales, sont considérés Bénéficiaires du Membre Participant :

- ✚ son conjoint non séparé de droit, ou à défaut son partenaire de PACS, ou à défaut son concubin, à charge au sens de la Sécurité Sociale ;

- Est considéré comme concubin, au sens de l'article 515-8 la personne vivant en couple avec l'adhérent dans le cadre d'une union de fait, s'il peut être prouvé la vie commune, sous la forme d'un justificatif (quittance de loyer...);
 - Est considéré comme partenaire de PACS la personne liée à l'adhérent par un Pacte Civil de Solidarité tel que défini aux articles 515-1 et suivants du code civil ;
- ✚ les enfants à charge : sont considérés comme à charge les enfants légitimes, naturels, reconnus ou adoptifs du salarié ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin, si ces enfants satisfont à l'une des conditions suivantes :
- Être âgé de moins de 18 ans non salarié et ayant droit de l'adhérent, de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin au sens de la sécurité sociale (concernant le nouveau-né, l'adjonction peut intervenir dans les 3 mois de la naissance).
 - Être âgé de 28 ans au plus (jusqu'au 31 décembre de leur 28ème anniversaire), sur présentation d'un justificatif :
 - s'ils poursuivent des études secondaires ou supérieures entraînant l'affiliation au régime de Sécurité sociale des Etudiants ;
 - s'ils sont sous contrat d'apprentissage, de professionnalisation ou d'orientation.
 - Être à la recherche d'un premier emploi et inscrit à ce titre comme demandeur d'emploi à Pôle Emploi, durant une année à partir de la fin de leurs études, dans la limite de leur 28ème anniversaire (jusqu'au 31 décembre de leur 28ème anniversaire).
 - Sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'Article L.241-3 du Code de l'action sociale et des Familles.
- ✚ les ascendants non imposables, à la charge fiscale et matérielle exclusive de l'adhérent, son conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS ;

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.

5. Prise d'effet et durée de l'assurance

5.1. Prise d'effet de l'affiliation

L'adhésion intervient :

- sans délai de carence, ni questionnaire médical (aucune information médicale ne devra être recueillie) sous réserve de la transmission du bulletin d'adhésion individuel à la mutuelle.
- sans limite d'âge.
- le 1^{er} du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion par le SDIS.

A la date de mise en place du contrat, soit au 01/01/2019, les agents adhérant courant janvier ou février pourront bénéficier de la couverture complémentaire santé rétroactivement au 1^{er} janvier 2019, sous réserve de la réception du bulletin d'adhésion avant le 1^{er} mars.

⇒ A la souscription de la convention :

Les agents demandant leur adhésion, régulièrement inscrits sur les listes du personnel du SDIS 34 bénéficient, automatiquement et sans délai de carence ni fourniture d'un questionnaire médical, ni examen médical, des garanties de la formule qu'ils auront choisie.

⇒ Après la souscription de la convention :

Agent non assuré : L'agent peut adhérer sans délai de carence ni questionnaire médical. Toutefois, une majoration de cotisation pourra être appliquée selon les dispositions de l'article 28-2° du décret 2011-1474.

Agent assuré : l'adhésion s'effectue le lendemain 00h de la date de résiliation du contrat de l'assuré, sans questionnaire médical pour autant que l'agent présente une attestation de son précédent organisme d'assurance stipulant qu'il bénéficiait pour lui et ses ayants-droit éventuels d'une couverture complémentaire santé.

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.

Sur simple demande de leur part, les « ayant-droits » pourront demander leur radiation. Cette radiation intervenant à la fin du mois de leur demande.

5.2. Cessation des garanties :

Le droit à garantie cesse :

▪ **pour chaque Membre Participant :**

- à la date de survenance du premier des évènements 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,
 - au décès du Membre Participant,
 - non-paiement des cotisations (article 19 des présentes Conditions Générales),
- le Membre Participant peut mettre un terme à l'adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la MNT avant la date d'échéance moyennant un préavis de deux mois ;

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.

Modifications de garanties :

Le changement de couverture entre les deux formules est possible une seule fois tous les deux ans au 1^{er} janvier avec un délai de préavis de deux mois. En cas de modification de la composition familiale, le changement de formule est possible à la prise d'effet de l'adhésion/radiation de l'ayant-droit. La résiliation de l'agent entraîne radiation des ayants droits. Lors de la naissance d'un enfant ce dernier peut bénéficier de la couverture santé à compter du jour de sa naissance.

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.

Pour les agents en congé parental d'éducation, disponibilité pour motifs personnels, congé pour présence parentale, accompagnement d'une personne en fin de vie ou congé pour création d'entreprise : les garanties peuvent être maintenues sur demande de l'adhérent en cas de suspension du contrat de travail pour les motifs pré cités sous réserve que la demande soit présentée dans les 2 mois précédant la suspension.

L'adhérent réglera l'intégralité de la cotisation auprès de l'assureur

▪ **pour chaque Bénéficiaire :**

- à la date de survenance du premier des évènements suivants :

Réf. : CG Santé 2019 – SDIS 34 V

- 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^{er} 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 à la MNT avant la date d'échéance moyennant un préavis précisé aux Conditions Particulières.

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 l'affiliation de ses Bénéficiaires en raison de ces modifications.

6. Conditions d'affiliations 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 supports précédemment indiqués.

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
- 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 ascendants, tout élément justifiant le fait qu'ils sont non imposables et à la charge fiscale et matérielle exclusive de l'adhérent, son conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS.

7. 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 des pharmacies, hospitalières 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.

8. Devis et expertise à la demande de la MNT

Qu'ils soient demandés par la MNT ou produits spontanément par le Membre Participant, la MNT se réserve le droit de soumettre les devis à l'examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens.

La MNT peut 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 de la MNT.

9. Réticence ou 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, toute inexactitude ou omission intentionnelle peut amener la MNT à invoquer la nullité de l'adhésion conformément à l'article L 221-14 du code de la mutualité. 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.

La MNT peut également exiger une augmentation des cotisations proportionnelles, conformément à l'article L.221-15 du Code de la Mutualité, en cas de fausse déclaration non intentionnelle.

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.

10. 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 avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant ou l'ayant droit 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.**

11. Maintien des garanties

Les assurés cessant d'appartenir à l'effectif du souscripteur par suite d'un décès, de démission, de licenciement, ou de survenance du terme d'un contrat de travail, sont radiés de la garantie à la fin du mois de la démission, du licenciement, du terme du contrat de travail.

Ils ont (leurs ayants droits en cas de décès), cependant la possibilité de souscrire un contrat individuel leur garantissant, pour le ou les mêmes risques, des prestations d'un niveau similaire à celui assuré par le contrat, et ce dans les conditions légales et réglementaires (Loi Evin). Les conditions d'adhésion et tarifs sont ceux applicables aux assurances individuelles. Aucun délai de carence, ni questionnaire médical n'est applicable lorsque la demande de souscription est présentée dans les 4 mois suivant l'événement entraînant la perte de la qualité d'assuré au titre du contrat collectif. La garantie prendra effet le jour de la demande d'adhésion au contrat individuel.

12. Subrogation

Conformément à l'article L224-9 du Code de la Mutualité, la MNT est subrogée de plein droit au membre participant et à ses ayants droit victimes d'un accident dans leur action contre le tiers responsable, que la responsabilité soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par l'organisme mutualiste n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

13. Information des Membres Participants

Une notice d'information établie par la MNT définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Cette notice et les statuts de la MNT doivent être remis par le Souscripteur à chaque Membre Participant. La preuve de cette remise matérielle incombe au Souscripteur conformément à l'article L 221-6 du Code de la mutualité.

Il incombe au Souscripteur d'informer les Membres Participants par écrit des modifications apportées à leurs droits et obligations.

14. Représentation des Membres Participants au sein de la MNT

A la date de leur affiliation, les du Souscripteur deviennent Membres Participants de la MNT. Les modalités de participation des Membres Participants et, le cas échéant, des membres honoraires à l'assemblée générale de la MNT sont déterminés par les statuts de la Mutuelle.

15. Réclamations - Médiation

Les demandes de renseignements ou les réclamations sur l'interprétation du 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 avec une décision de la Mutuelle ou si la réclamation n'aboutit pas, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, le 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 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.

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, les adhérents peuvent saisir le Médiateur de la Mutualité Française en lui envoyant :

- un courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS CEDEX 15.

ou

- un courriel à : mediation@mutualite.fr.

Le site du Médiateur est accessible sur le site Internet de la Mutualité Française : www.mutualite.fr

16. Données personnelles

Dans le cadre de ses activités, la MNT réalise différents traitements de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses ayants-droit éventuels, en qualité de responsable de traitement.

Le traitement de ces données à caractère personnel est nécessaire afin de prendre en compte l'adhésion au contrat, 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 MNT, 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 MNT l'informerait 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 MNT 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 MNT.

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.

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/>.

17. Autorité chargée du contrôle

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 de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09.

TITRE II – COTISATIONS

18. Taux et assiette de cotisation

La cotisation est déterminée et exprimée aux Conditions Particulières. A moins que les Conditions Particulières n'en disposent autrement, les cotisations sont fixées en fonction d'un taux appliqué à une assiette de cotisations.

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

En cas de sortie entraînant la fin de l'affiliation d'un Membre Participant ou d'un Bénéficiaire en cours d'exercice, la cotisation est calculée prorata temporis en mois complets avec effet le dernier jour du mois de la fin d'affiliation.

La cotisation pourra être majorée conformément aux dispositions prévues à l'article 28 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 du décret.

La cotisation est majorée en cas d'adhésion tardive :

Réf. : CG Santé 2019 – SDIS 34 V

- lorsque l'adhésion de l'agent est postérieure de deux ans à la date d'effet de la convention
- ou, pour les agents nouvellement embauchés, lorsque l'adhésion intervient plus de deux ans après leur date d'embauche.

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.

18.1 – Evolution de la cotisation :

Les taux de cotisation sont maintenus pendant les trois premières années de la convention.

A compter de la quatrième année, les cotisations sont révisables annuellement. L'évolution du taux de cotisation ne pourra excéder 3% par an.

En tout état de cause, les montants en euros des cotisations seront revus chaque année en fonction de la valeur du PMSS.

Les cotisations de chaque catégorie de personnels mentionnée aux Conditions Particulières peuvent être révisées au 1^{er} janvier d'un exercice civil selon les dispositions prévues à l'article 20 du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011.

A cette fin, un compte de résultat sera établi dans lequel figureront :

- au crédit :
 - les cotisations brutes réglées sur l'exercice,
- au débit :
 - les prestations réglées,
 - les provisions pour sinistres à payer (prestations prévisionnelles de l'exercice écoulé qui seront demandées au cours de l'exercice suivant),
 - les taxes,
 - les frais de gestion correspondant à un pourcentage des cotisations nettes de taxes. Le pourcentage est précisé aux Conditions Particulières.

Le régime doit rester équilibré. Les parties au contrat mettent tout en œuvre afin de maintenir l'équilibre du régime.

Une rencontre annuelle (comité technique) aura lieu pour présenter les éléments financiers de la garantie. Celle-ci aura pour objet de déterminer les suites à donner aux évolutions du contrat avec l'objectif d'obtenir un équilibre au terme de la convention.

A cette fin, la MNT adresse, par lettre recommandée avec accusé de réception, avant le 1^{er} Mai, au Souscripteur sa demande de modifications des tarifs, accompagnée d'une étude justifiant qu'au moins une des évolutions prévues à l'article 20 du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011, nécessite de modifier les tarifs pour préserver l'équilibre du dispositif. Elle indique également les évolutions tarifaires sur lesquelles elle s'engage.

Le Souscripteur dispose d'un délai de 2 mois pour se prononcer.

En cas d'accord sur les modifications tarifaires proposées, ou en l'absence de réponse du Souscripteur après ce délai de 2 mois, les nouveaux tarifs ainsi que leur taux d'évolution font l'objet d'un avenant au contrat collectif. Le Souscripteur est tenu d'informer l'ensemble des agents adhérant au contrat collectif de la modification des conditions tarifaires.

En cas de désaccord sur les modifications tarifaires proposées la présente convention prend automatiquement fin au 31 décembre. Le terme de la convention entraîne, de plein droit, à la même date, résiliation du contrat collectif à adhésion facultative au titre duquel elle a été conclue. Le Souscripteur est tenu d'en informer les agents.

19. Paiement de la cotisation

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 ;

Réf. : CG Santé 2019 – SDIS 34 V

- 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.

CONFORMEMENT A L'ARTICLE L 221-8-II DU CODE DE LA MUTUALITE, LE MEMBRE PARTICIPANT QUI NE PAIE PAS SA COTISATION DANS LES DIX JOURS DE SON ECHEANCE PEUT ETRE EXCLU DU GROUPE. LES GARANTIES SONT SUSPENDUES 30 JOURS APRES L'ENVOI DE LA MISE EN DEMEURE DU MEMBRE PARTICIPANT, RESTEE INFRUCTUEUSE. DANS LA LETTRE DE MISE EN DEMEURE QU'ELLE ADRESSE AU MEMBRE PARTICIPANT, LA MNT INFORME CELUI-CI DES CONSEQUENCES QUE CE DEFAUT DE PAIEMENT EST SUSCEPTIBLE D'ENTRAINER SUR LA POURSUITE DE LA GARANTIE. L'ADHESION POURRA ETRE RESILIEE PAR LA MNT, 40 JOURS APRES L'ENVOI DE LA MISE EN DEMEURE RESTEE INFRUCTUEUSE.

LA GARANTIE NON RESILIEE REPREND POUR L'AVENIR SES EFFETS, A MIDI LE LENDEMAIN DU JOUR OU ONT ETE PAYEES A LA MUTUELLE, LES FRACTIONS DE COTISATION AYANT FAIT L'OBJET DE LA MISE EN DEMEURE ET CELLES VENUES A ECHEANCE PENDANT LA PERIODE DE SUSPENSION AINSI QUE, EVENTUELLEMENT LES FRAIS DE POURSUITES ET DE RECouvreMENT.

TITRE III - GARANTIES

Chapitre I : GARANTIES FRAIS DE SANTE

20. 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.

21. Bénéficiaire de la garantie frais de santé

La garantie est accordée dans le cas général, et sous réserve des dispositions prévues aux Conditions Particulières, au Membre Participant pour lui-même, et pour ses Bénéficiaires selon les définitions données à l'article 4 des présentes Conditions Générales.

Pour les Bénéficiaires la prestation due vient en complément du niveau de remboursement prévu par le régime général de la Sécurité Sociale, même s'ils relèvent d'un autre régime. Dans ce cas, la prestation est calculée sur la base de celle qui aurait été versée par le régime général si les Bénéficiaires avaient été couverts par celui-ci.

22. Définition des prestations

Les prestations sont calculées acte par acte pour les frais ayant fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité Sociale, dont la prescription médicale est postérieure à l'affiliation du Membre Participant ou du Bénéficiaire et pendant la durée de cette affiliation.

Lorsque la garantie prévoit la prise en charge de frais dentaires ou d'optique ayant fait préalablement l'objet d'un refus de prise en charge par la Sécurité Sociale, le remboursement complémentaire est effectué à partir de la base de remboursement de la Sécurité Sociale correspondant aux actes proposés.

La MNT assure le versement de prestations en nature complémentaires à celles servies au titre de la législation sur la Sécurité sociale.

Les prestations accordées par la MNT sont fonction du descriptif et du niveau des garanties précisés aux conditions particulières.

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 indemnités forfaitaires sont exprimées aux Conditions Particulières en euros.

Précisions concernant certaines prestations :

1. Hospitalisation : les règles s'appliquent sauf dispositions plus favorables prévues par convention entre la MNT et l'établissement d'hospitalisation. Frais de séjour chirurgie : lorsque le prix de journée facturé par l'établissement excède celui pris en considération par la CPAM, remboursement de la somme laissée à la charge de l'adhérent dans la limite de 20 % du tarif de responsabilité de la Caisse de Sécurité sociale du lieu de résidence.
2. 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.
3. Optique : Les verres sont définis selon les définitions données par le décret contrat responsable. Le contrat prévoit une prise en charge limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux 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.

Réf. : CG Santé 2019 – SDIS 34 V

Dérogations :

- ↳ La période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.
- ↳ Pour les adhérents présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le contrat peut couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans, corrigeant chacun un des deux déficits.

4. 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^{er} 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^{er} 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.

5. 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.
6. Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie : condition d'indemnisation
Ces professionnels doivent être inscrits sur le répertoire ADELI des Agences Régionales de Santé (ARS).
Cette prestation couvre les praticiens ayant obtenu un agrément (Décret n° 2007-437 du 25/03/2017) et inscrits au fichier ADELI* (Automatisation des listes).
*ADELI : Répertoire national d'identification des professionnels de santé qui contient des informations telles que l'état civil, la situation professionnelle et l'activité exercée.
7. Le 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.

23. Limite des remboursements

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.

24. Etendue territoriale des garanties

Les garanties s'appliquent dans le monde entier pour des séjours d'une durée inférieure à 3 mois consécutifs. En cas d'hospitalisation à l'étranger et si besoin, l'organisme assureur accepte le règlement des avances ou cautions exigées pour cette hospitalisation.

Pour les frais engagés en dehors de France, le complément sera pris en charge par l'assureur sur la base des garanties prévues au contrat, sous réserve que la caisse de sécurité sociale à laquelle l'adhérent est affilié prenne en charge les frais.

Les règlements sont effectués en France et en Euros.

25. 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 :

- **les frais engagés avant la date d'entrée en vigueur de la garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes Sécurité Sociale. En l'occurrence les hospitalisations en cours à la date d'effet des garanties sont exclues. Les périodes d'hospitalisation ininterrompues et postérieures à la date de radiation sont garanties dès lors que le sinistre est ouvert pendant la période d'adhésion ;**
- **les frais déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués ;**
- **les frais engagés hors de France. Si la Caisse de Sécurité Sociale à laquelle l'adhérent est affilié prend en charge les frais supportés hors de France, ceux-ci donneront lieu à complément par l'assureur sur la base des garanties prévues au contrat ;**
- **les frais engagés au titre de la législation sur les pensions militaires ;**
- **les frais engagés suite à une guerre civile ou étrangère, émeutes et mouvements populaires ;**
- **les frais engagés suite aux conséquences de la désintégration du noyau atomique ;**
- **le fait volontaire des Membres participants ou des Bénéficiaires, y compris la tentative de suicide et la mutilation volontaire ;**
- **l'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement ;**
- **les frais engagés pour des cures de rajeunissement, de sommeil, d'amaigrissement, de désintoxication ainsi que leurs suites ;**
- **la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non consécutifs à un accident ; le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de la MNT indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du régime de base du Membre Participant ou Bénéficiaire ;**
- **les frais ou suppléments non remboursés par le régime obligatoire français auquel est affilié le Membre Participant ou le Bénéficiaire (régime général de la Sécurité Sociale ou régime local d'Alsace-Moselle).**

En outre, les garanties du présent contrat ne couvrent pas, conformément à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application :

- 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.

26. 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 joint dans 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.

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.

Chapitre II : GARANTIES ET SERVICES ANNEXES

27. Accès au fonds social

Les membres participants et leurs bénéficiaires en situation de handicap ou en situation de dépendance peuvent bénéficier du service des aides exceptionnelles pour le financement d'un aménagement du domicile, du véhicule ou d'appareillage lié au handicap.

28. Assistance

Les garanties annexes ont pour objet de servir :

- Informations juridiques ;
- Soutien psychologique ;
- Accompagnement social ;
- Appels de convivialité ;
- Conseils et informations médicales ;
- Accompagnement spécifique de la parentalité ;
- Prestations d'assistance en cas d'hospitalisation, de maternité, d'immobilisation, de traitement anticancéreux.
- Prestations d'assistance en cas de décès

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 « COLLECTIVITES TERRITORIALES VYV niveau 1 » 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.

29. Bénéficiaire des garanties annexes

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