



NOTICE D'INFORMATION SANTÉ

CDG TARN ET GARONNE (82)

Garanties de frais de santé

Contrat collectif d'assurance à adhésion facultative

Effet du contrat : 1^{er} janvier 2024
Effet de la notice : 1^{er} janvier 2024

Réf. : NI - CDG 82 - 2024

Contrat assuré par la 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.
Siège social : 4, rue d'Athènes - 75009 PARIS

PREAMBULE	4
TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES	5
1. Objet du contrat	5
2. Prise d'effet, durée et renouvellement du contrat	6
3. Révision du contrat d'ordre législatif ou réglementaire	6
4. Bénéficiaires des prestations	6
5. Prise d'effet et durée de l'assurance	7
6. Conditions d'affiliations et formalités	10
7. Tiers-payant	11
8. Devis et expertise à la demande de la Mutuelle	11
9. Réticence ou fausse déclaration	11
10. Prescription	11
11. Départ de la collectivité	12
12. Subrogation	12
13. Représentation des Membres Participants	12
14. Réclamations – Médiation	12
15. Protection des données à caractère personnel - passation gestion et exécution des contrats d'assurance	13
16. Autorité chargée du contrôle	14
TITRE II – COTISATIONS	14
17. Cotisation	14
18. Paiement de la cotisation	15
19. Défaut de paiement de la cotisation	16
20. Défaut de paiement de la participation financière du souscripteur	16
TITRE III - GARANTIES	16
CHAPITRE I : GARANTIES FRAIS DE SANTE	16
21. Objet et Montant	17
22. Bénéficiaires de la garantie Frais de santé	17
23. Définition des prestations	17
24. Limite des remboursements	18
25. Etendue territoriale des garanties	19
26. Règlement des Prestations	19
CHAPITRE II : GARANTIES ANNEXES	19
27. Accès au fonds social	19



28. Assistance (cf notice jointe)	19
29. Téléconsultation	20
30. 2ème avis médical	20
31. Bénéficiaires des garanties annexes	20
ANNEXE I - COTISATIONS	21
ANNEXE II - TABLEAU DE GARANTIES	22
ANNEXE III - PIECES A FOURNIR POUR LE PAIEMENT DES PRESTATIONS	26
ANNEXE IV - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DE CONTRAT DE TRAVAIL NON REMUNERE	27
ANNEXE V - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE DEPART DE LA COLLECTIVITE	28
ANNEXE VI - MAINTIEN DES GARANTIES AUX AYANTS DROIT D'UN AGENT DECEDE	30



PREAMBULE

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

- D'une part : le Souscripteur, dont la dénomination sociale est mentionnée aux conditions particulières ;
- D'autre part :
 - o 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.

agissant en qualité d'assureur des risques garantis par le contrat.

Il est constitué des conditions générales et des conditions particulières.

Le contrat est souscrit par le Souscripteur auprès de la Mutuelle Nationale Territoriale, en liaison avec la convention de participation conclue par le Centre de Gestion avec la Mutuelle Nationale Territoriale, pour le compte du Souscripteur et à laquelle il a adhéré.

Le Souscripteur contribue au financement des garanties du 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 précitée.

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 de la Mutuelle Nationale Territoriale 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.

Le contrat est à **adhésion facultative** pour les agents relevant des catégories mentionnées à l'article 1 ci-dessous ; ils acquièrent, au titre de cette adhésion, la qualité de membre participant de la Mutuelle Nationale Territoriale.

Le 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 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 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 du contrat « la Mutuelle » ou « la MNT ».

Le contrat est régi par la législation sur les opérations d'assurance et comprend, par ordre d'application préférentielle :

- Les conditions particulières (document CPR),
- Les conventions spéciales (document CSP),
- Le dossier contractuel de gestion (document DCG),
- Les conditions générales.



TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

1. Objet du contrat

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 Conditions Générales et les Conditions Particulières.

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 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 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.

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.

Le contrat est émis dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables » conformément aux articles L 871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité Sociale et est conforme aux dispositifs de la réforme du « 100% Santé », instituée par la Loi 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité Sociale pour 2019.

En conséquence :

- **il prend en charge :**
 - L'intégralité de la participation du membre participant sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement sur les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré,
 - L'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers dans limitation de durée
 - L'intégralité des dépenses sans reste à charge pour le membre participant pour certains équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant les plafonds des Prix Limites de Vente conventionnels.
- **il ne prend pas en charge :**
 - Les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maitrisée (DPTAM) au-delà de la limite fixée par le décret,
 - La majoration de la participation du membre participant et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds),
 - Les dépassements des plafonds des Prix Limites de Vente des équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant ces plafonds, lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels.

Le contrat respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci. Il permet également aux membres participants et à ses ayant droits, le cas échéant, de bénéficier du tiers-payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilités avec les professionnels de santé qui le pratiquent.



En outre le contrat reprend l'ensemble des libellés normés conformément à l'engagement sur la lisibilité des garanties prise par les assureurs complémentaires envers les pouvoirs publics.

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

Le 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.

Le contrat peut être résilié par :

- **Le souscripteur : Après expiration d'un délai de 12 mois à compter de la souscription du contrat, le souscripteur dispose en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que la Mutuelle en ait reçu notification et dont les modalités et restrictions sont définies aux articles L 221-10-2 et L 221-10-3 du Code de la mutualité.**

Le support de résiliation peut être, au choix du souscripteur :

- **Soit une lettre simple ou tout autre support durable ;**
- **Soit une déclaration faite au siège social ou en agence ;**
- **Soit par un acte extrajudiciaire ;**
- **Soit, lorsque la Mutuelle propose la souscription du contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.**

La Mutuelle attestera par écrit la réception de la notification de la résiliation.

- **La Mutuelle, sous réserve de respecter un préavis de 6 mois qui précède la date d'échéance**

La dénonciation prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification.

3. Révision du contrat d'ordre législatif ou réglementaire

Par application de l'article L112-3 du code des assurances, la modification des garanties proposée par la MNT visant à les mettre en conformité avec les règles fixées par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale est réputée acceptée à défaut d'opposition du Centre de Gestion. La MNT informe par écrit le CDG des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix. Le Centre de Gestion dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications apportées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des assurés par le souscripteur.

Le Centre de Gestion est tenu d'en informer les collectivités du choix opéré. Le souscripteur est tenu d'en informer les agents.

4. Bénéficiaires des prestations

Les Membres Participants bénéficient des prestations prévues aux Conditions Particulières.

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 Mutuelle sans en être membres.

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

- le conjoint :
 - La personne légalement mariée non séparée de corps judiciairement,
 - Ou le partenaire lié à l'Assuré par un pacte civil de solidarité (PACS) conclu au titre des articles L 515-1 et suivants du code civil,
 - Ou le concubin de l'Assuré sous réserve que le concubinage ait été établi de façon notoire et que le domicile fiscal de l'Assuré et de son concubin soit identique,



- les enfants de l'Assuré, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou reconnus, à sa charge ou de son conjoint ou de concubin ou de partenaire de PACS, et qui, au 1^{er} janvier de l'année en cours :
 - o Sont âgés de moins de 18 ans,
 - o De moins de 21 ans en recherche d'emploi et inscrit à Pôle Emploi,
 - o De moins de 26 ans et qui :
 - Poursuivent leurs études, quel que soit l'établissement d'enseignement,
 - Ou sont en formation professionnelle,
 - Ou sont employés dans un centre d'aide par le travail en tant que travailleurs handicapés,
 - o Ou sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241-3 du code de l'Action sociale et des familles, à condition que leur état d'invalidité soit reconnu avant l'âge de 21 ans,
- les ascendants : à la demande expresse du représentant légal, la personne vivant sous le toit de l'assuré et à sa charge, et les ascendants, descendants et collatéraux à condition qu'elle soit inscrite comme ayant-droit au régime obligatoire.

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.

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

5.1. Prise d'effet de l'affiliation

L'adhésion du membre participant ou l'inscription d'un ayant droit prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion. La date d'effet ne peut être antérieure à la date de réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle.

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.

Changement de niveau de garanties

Le membre participant choisit l'un des niveaux prévus au tableau des garanties des conditions particulières. Il peut changer de niveau en cas d'adhésion préalable à un niveau depuis au moins une année.

Dispositions applicables en cas d'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 ou tout autre support durable, par déclaration faite au Siège social ou dans une agence de la Mutuelle, par acte extrajudiciaire ou par un mode de communication à distance 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 notification mentionnée 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.

Dispositions applicables en cas d'adhésion à distance

En cas d'adhésion réalisée à distance c'est-à-dire hors la présence d'un conseiller de la Mutuelle Nationale Territoriale, et conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, ou à la suite d'un démarchage



téléphonique, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de quatorze jours calendaires révolus à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion. Si les agents n'ont pas adhéré à distance ou à la suite d'un démarchage téléphonique, ils ne disposent pas de la faculté de renonciation. Ce délai commence à courir :

a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;

b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au point a ci-dessus.

Ce droit est à exercer par notification par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au Siège social ou dans une agence de la Mutuelle, par acte extrajudiciaire ou par un mode de communication à distance, selon le modèle de rédaction ci-après : « *Je soussigné(e) (nom, prénom), demeurant (adresse complète), vous notifie par la présente ma renonciation à mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative maintien de salaire effectuée le (date) à (lieu) Le (date et signature).* » La notification peut être adressée à MNT Contrats - TSA 70020 - 33044 Bordeaux Cedex.

Les agents qui demanderaient l'entrée en vigueur des garanties avant l'expiration du délai de renonciation de quatorze jours doivent acquitter en conséquence la cotisation due pour bénéficier des garanties dont le montant serait calculé au prorata temporis de la période de couverture par rapport au montant de la cotisation annuelle.

Dans le cas où les agents exerceraient leur faculté de renonciation, ils seraient tenus au paiement proportionnel du service correspondant à la durée de couverture dont le montant serait calculé au prorata temporis de la période pendant laquelle ils ont été couverts, par rapport au montant de la cotisation annuelle. La Mutuelle Nationale Territoriale rembourserait alors au membre participant dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'elle aurait perçues de celui-ci en application du contrat, à l'exception du montant mentionné au présent alinéa. Ce délai commence à courir le jour où la Mutuelle Nationale Territoriale reçoit notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter.

Les informations figurant au contrat sont valables jusqu'à ce qu'une modification y soit apportée par avenant.

La loi applicable aux relations précontractuelles entre le membre participant et la Mutuelle Nationale Territoriale, et au contrat collectif en cas d'adhésion, est la loi française. La langue utilisée pendant la durée d'adhésion est le français.

Les dispositions relatives à l'adhésion à distance ne s'appliquent qu'au contrat initial, et pas aux dispositions contractuelles applicables en cas de tacite reconduction.

Les informations communiquées au membre participant le sont sur un support durable, c'est-à-dire tout instrument offrant la possibilité au membre participant, à l'employeur, à la personne morale souscriptrice, ou à la Mutuelle Nationale Territoriale, de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées. À tout moment au cours de la relation contractuelle, le membre participant a le droit, s'il en fait la demande, de recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. En outre, le membre participant a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, à moins que cela ne soit incompatible avec le contrat à distance conclu.

Les dispositions du Code de la consommation relatives notamment à une faculté de renonciation en cas de vente hors établissement ne sont pas applicables aux relations entre une mutuelle régie par le Code de la mutualité et ses adhérents.

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 Mutuelle;
 - 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 ; toutefois, les membres participants cessant d'appartenir à l'effectif du souscripteur, pourront bénéficier du maintien de garanties identiques à titre individuel, sous réserve de manifester leur adhésion par la signature d'un bulletin



- 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,
 - non-paiement des cotisations
- Le membre participant peut mettre un terme à son adhésion en notifiant sa volonté à la Mutuelle avant la date d'échéance moyennant un préavis précisé aux Conditions Particulières selon l'une des modalités suivantes :
 - Par lettre ou tout autre support durable ;
 - Par déclaration faite au siège social ou auprès d'une implantation territoriale de la Mutuelle ;
 - Par acte extrajudiciaire ;
 - En cas d'adhésion à distance ou par voie dématérialisée, par le même mode de communication.

La Mutuelle atteste par écrit la réception de la demande de résiliation. La demande de résiliation ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année civile. En contrepartie, la garantie est due par la Mutuelle jusqu'à cette même date.

Après expiration d'un délai de 12 mois à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion, l'adhérent peut mettre fin à la garantie, sans frais ni pénalités, à tout moment en cours d'année, selon les mêmes modalités que celles précisées ci-avant.

La Mutuelle atteste par écrit la réception de la demande de résiliation.

La résiliation prend effet un mois après la réception par la Mutuelle de la demande de l'adhérent. La Mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation, dans un délai de 30 jours.

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.

Les garanties sont maintenues, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit :

- Des personnes bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée.
- Des personnes garanties du chef de l'Assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès auprès de l'Assureur. La garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

▪ **pour chaque Bénéficiaire :**

- à la date de survenance du premier des événements 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^{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.
 - en cas de décès du membre participant
- Le membre participant peut mettre un terme à la couverture facultative de ses bénéficiaires en notifiant sa volonté à la Mutuelle avant la date d'échéance moyennant un préavis précisé aux Conditions Particulières selon l'une des modalités suivantes :
 - Par lettre ou tout autre support durable ;
 - Par déclaration faite au siège social ou auprès d'une implantation territoriale de la Mutuelle ;
 - Par acte extrajudiciaire ;
 - En cas d'adhésion à distance ou par voie dématérialisée, par le même mode de communication.

La Mutuelle atteste par écrit la réception de la demande de résiliation. La demande de résiliation ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année civile. En contrepartie, la garantie est due par la Mutuelle jusqu'à cette même date.



Après expiration d'un délai de 12 mois à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion, l'adhérent peut mettre fin à la garantie, sans frais ni pénalités, à tout moment en cours d'année, selon les mêmes modalités que celles précisées ci-avant.

La Mutuelle atteste par écrit la réception de la demande de résiliation.

La résiliation prend effet un mois après la réception par la Mutuelle de la demande de l'adhérent.

La Mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation, dans un délai de 30 jours.

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.

Le membre participant peut également mettre un terme à l'adhésion de ses ayants droit à tout moment en cours d'année selon les modalités ci-dessus.

5.3. Maintien des garanties en cas de suspensions d'activités rémunérées ou indemnisées :

Le bénéfice des garanties du contrat est maintenu au profit des membres participants et de leurs ayants droits dont l'activité ou le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- D'un maintien total ou partiel de salaire,
- D'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le souscripteur, versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers
- D'un revenu de remplacement versé par le souscripteur. Ce cas concerne notamment les membres participants placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi qu'en congé rémunéré par le souscripteur (reclassement, mobilité...)

Le souscripteur et le membre participant continuent de s'acquitter du versement de la part de cotisation qui leur incombe pendant toute la période de suspension de l'activité ou du contrat de travail rémunérée ou indemnisée.

Dans les autres cas de suspensions non rémunérées ou non indemnisées, les garanties sont suspendues (sauf cas prévus par l'annexe IV du contrat) et les cotisations cessent d'être dues.

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 Mutuelle 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 Mutuelle 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 Mutuelle.

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 Mutuelle 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 les enfants sous contrat d'apprentissage, une copie de ce contrat.
- 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.
- Pour les « ascendants », un justificatif prouvant qu'ils sont à « charge au titre du régime obligatoire » de l'assuré.

7. Tiers-payant

Lorsque la Mutuelle 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 celles-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 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 médicaments, des hospitalisations ou des consultations 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 Mutuelle

Qu'ils soient demandés par la Mutuelle ou produits spontanément par le Membre Participant, la Mutuelle 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 Mutuelle 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 Mutuelle.

9. Réticence ou fausse déclaration

Les garanties accordées aux Membres Participants par la Mutuelle sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du Membre Participant, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

10. Prescription

En application de l'article L 221-11 du code de la mutualité, toute action dérivant du 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 fausse 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. Départ de la collectivité

En cas de départ de la collectivité, l'agent pourra adhérer au Règlement mutualiste de la MNT.

12. Subrogation

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée 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 la Mutuelle, 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 à la Mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engage à déclarer à la Mutuelle tout accident dont il est victime.

13. Représentation des Membres Participants

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

14. Réclamations – Médiation

Pour toute réclamation liée à l'application du contrat, l'adhérent peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la Mutuelle Nationale Territoriale.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, l'adhérent peut saisir le Service réclamation en écrivant à l'adresse suivante :

MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE
Service Réclamations
42/44 Rue du Général de LARMINAT
TSA 20015-33044 BORDEAUX CEDEX

en précisant son nom, le numéro du contrat concerné ainsi que ses coordonnées complètes. Sa situation sera étudiée avec le plus grand soin.

Dans tous les cas, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel l'adhérent a formulé sa réclamation et qu'il y ait ou non répondu, l'adhérent peut saisir le Médiateur de la Mutualité Française, deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite :



- Soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS CEDEX 15.
- Soit en ligne à l'adresse suivante : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

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. Une convention de procédure participative est une voie de négociation susceptible d'intervenir en cas de conflit, avant ou après la saisine d'un juge. Une telle convention est conclue pour une durée déterminée et est régie par les articles 2062 et suivants du Code civil.

La prescription est également suspendue à compter de l'accord du débiteur constaté par huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du code des procédures civiles d'exécution, procédure simplifiée applicable pour le recouvrement des créances dont le montant en principal et intérêts n'excède pas la somme mentionnée à l'article R. 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.

15. Protection des données à caractère personnel - passation gestion et exécution des contrats d'assurance

Dans le cadre de ses 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 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.

Aux fins des intérêts légitimes de la MNT à garantir à ses adhérents des services de qualité, la MNT partage avec les organismes de rattachement des adhérents concernés des informations à caractère personnel facilitant leur identification, le calcul des cotisations mais surtout le versement des prestations. Les données sont collectées par la MNT ou l'entité de rattachement de l'adhérent, et partagées de manière sécurisée au travers d'Espaces Web tel que les Espaces Collectivités ou Adhérents. Les entités de rattachement de l'adhérent ou la MNT, selon les traitements considérés, agissent en qualité de responsables des traitements qu'elles réalisent dans le cadre de la gestion globale des services liés au contrat porté par la MNT. Les données échangées sur ces espaces web y sont conservées pendant deux (2) ans à compter de la cessation de la relation contractuelle avec la MNT ou avec l'organisme de rattachement. Les adhérents peuvent exercer leurs droits auprès du délégué à la protection des données (DPO) de la MNT pour l'ensemble des traitements qui relèvent directement des services opérés par la Mutuelle.

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'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 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 Mutuelle Nationale Territoriale : 4, rue d'Athènes – 75009 Paris ou dpo@mnt.fr.

Le membre participant peut également introduire une réclamation relative à la protection des données 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://www.bloctel.gouv.fr/>. »

16. 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

17. 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 :

- 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.



Evolution de la cotisation :

Les cotisations sont exprimées en euros. Elles évolueront de 2,5% la 2^{ème} et 3^{ème} année (soit pour 2025 et 2026), hors évolution réglementaire, législative ou fiscale.

A compter du 1^{er} janvier 2027, les cotisations de chaque catégorie de personnels mentionnée aux Conditions Particulières peuvent être révisées au 1er janvier d'un exercice civil selon les dispositions prévues à l'article 20 du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011. Dans ce cas, le souscripteur en informe l'ensemble des agents ayant adhéré au contrat collectif. En tout état de cause, la majoration éventuelle du taux de cotisation est plafonnée à 12% par an.

18. Paiement de la cotisation

Le Souscripteur contribue au financement des garanties du 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 :

Pour les membres participants retraités, 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.

19. Défaut de 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 à l'article L 221-8-II du code de la mutualité, le Membre Participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe. Les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la mise en demeure du Membre Participant, restée infructueuse. Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au Membre Participant, la MNT informe celui-ci des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. L'adhésion pourra être résiliée par la MNT, 40 jours après l'envoi de la mise en demeure restée infructueuse.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement les frais de poursuites et de recouvrement.

20. Défaut de paiement de la participation financière du souscripteur

Le défaut de versement de la participation financière par le souscripteur, entraîne, de plein droit, la résiliation à la même date du contrat collectif. La collectivité est tenue d'en informer les agents.

TITRE III - GARANTIES

Chapitre I : GARANTIES FRAIS DE SANTE



21. 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.

22. Bénéficiaires 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.

23. 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.

La Mutuelle 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 Mutuelle est fonction du descriptif et du niveau des garanties précisés aux conditions particulières.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées au tableau descriptif des garanties.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé.

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

Les remboursements de la Mutuelle pour les consultations et soins de médecins non conventionnés seront réalisés sur la base du Tarif d'Autorité de l'Assurance maladie, à l'instar des remboursements de la sécurité sociale.

Précisions concernant certaines prestations :

1. **Frais accompagnant** : la prestation est accordée, pendant 60 jours au maximum par séjour, à la personne accompagnante, durant un minimum d'une nuitée, un membre participant ou un ayant droit âgé de moins de 16 ans.

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.

2. **Hospitalisation** : les règles s'appliquent sauf dispositions plus favorables prévues par convention entre la Mutuelle 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.

3. Le forfait journalier prévu par l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale, il est remboursé sans limitation 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.
4. 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.
Déroptions :
 - ↳ La période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour les enfants de moins de 16 ans 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.

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.
5. 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.
6. 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.
7. Médecines douces : Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité Sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée au nom du bénéficiaire ou une pièce numérisée avec le n° ADELI, le n° RPPS ou le n° FINESS ou l'inscription au registre national de la spécialité sera exigé.

24. 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.



Dans le cas où le cumul des prestations servies au titre du contrat ou par un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies au titre du contrat seraient réduites à due concurrence.

Le Bénéficiaire recevant, de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la Mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Si le Membre Participant est partiellement garanti par une police individuelle d'accident, la Mutuelle ne prend à sa charge que les frais non couverts par cette police dans la limite de son engagement contractuel.

25. Etendue territoriale des garanties

L'assurance s'applique aux seuls frais exposés en France ou à l'étranger lors d'un séjour temporaire à condition que le régime d'assurance maladie obligatoire du membre participant les prenne en charge, et selon la codification qu'elle a appliquée.
Les règlements sont effectués en France et en Euros.

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 sont réglées 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.

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 5 jours.

Chapitre II : GARANTIES ANNEXES

27. Accès au fonds social

Les membres participants peuvent bénéficier du service des aides exceptionnelles pour le financement de frais de santé.

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

De plus, des aides exceptionnelles peuvent être octroyées suite à des catastrophes naturelles.

28. Assistance (cf notice jointe)

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 Mutuelle 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 Mutuelle 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. Téléconsultation

Les Membres Participants et leurs bénéficiaires peuvent bénéficier d'un service de téléconsultation.

30. 2ème avis médical

31. Bénéficiaires 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 - COTISATIONS

COTISATIONS MENSUELLES TTC 2024 :

Grille des montants de cotisation TTC par personne				
Age	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
	Montant TTC	Montant TTC	Montant TTC	Montant TTC
Enfant (gratuité à compter du 3 ^{ème})	15,15 €	20,55 €	26,88 €	38,80 €
Adulte de moins de 30 ans inclus	25,07 €	32,82 €	42,94 €	61,95 €
Adulte de plus de 30 ans & moins de 40 ans inclus	28,12 €	36,81 €	48,15 €	69,48 €
Adulte de plus de 40 ans & moins de 50 ans inclus	35,85 €	46,93 €	61,40 €	88,60 €
Adulte de plus de 50 ans	48,03 €	62,88 €	82,27 €	118,71 €
Retraité	65,40 €	92,03 €	120,39 €	169,48 €

Les montants de cotisation s'entendent par personne à assurer, bénéficiaire des garanties. Ainsi, et à titre d'exemple, pour un assuré agent de 41 ans qui rattache sur son adhésion sa conjointe de 38 ans et son enfant de moins de 18 ans, la cotisation totale à payer est celle du cumul des cotisations de la tranche adulte de 40 à 50 ans + de la tranche adulte de 30 à 40 ans + cotisation enfant.



ANNEXE II - TABLEAU DE GARANTIES

Les garanties sont proposées à l'ensemble des Membres participants par la MNT et sont identiques pour tous les agents et retraités qui adhèrent au contrat collectif.

Soins courants				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhérents aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhérents à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels des santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr				
Honoraires :				
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	125%	150%	200%
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	105%	130%	180%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	100%	125%	200%
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	100%	105%	180%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux	100%	100%	125%	150%
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100%	100%	100%	100%
Analyse et examens de laboratoires	100%	100%	125%	150%
Frais de transport	100%	100%	100%	100%
Médicaments :				
Médicaments remboursés à 65%	100%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés à 30%	100%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés à 15%	/	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%	100%
Substituts nicotiques	100%	100%	100%	100%
Matériel médical :				
Pansements, accessoires, appareillage et prothèses	100%	100%	100%	100%
Forfait complémentaire (par prothèse concernée)				
Orthopédie	/	200 €	300 €	400 €
Prothèses (mammaires, capillaires, oculaires)	/	200 €	300 €	400 €
Grand appareillage	/	200 €	300 €	400 €
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Participation assuré actes > 120 Euros	/	Garanti	Garanti	Garanti
Préparations homéopathiques (par an)	/	50 €	75 €	100 €
Honoraires de psychologues non remboursés par l'Assurance maladie (par an)	/	100 €	125 €	150 €



Médecines douces (forfait global par an) : acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étioopathes, homéopathes, mésothérapeutes, micro-kinésithérapeutes, nutritionnistes, ostéopathes, pédicures, podologues, psychomotriciens, réflexologues, substituts nicotiques (affiliés à des répertoires professionnels type ADELI RPPS FINESS ou inscrits au registre national de la spécialité) / 100 € 150 € 200 €

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéres aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéres à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels des santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaresante.ameli.fr				
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%	100%
Soins thermaux	100%	100%+150€	100%+200€	100%+250€
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Participation du patient actes > 120 Euros	/	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière tous services (par jour et selon une durée non limitée)	50 €	50 €	65 €	80 €
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour et par séjour, limité à 60 jours)	/	30 €	35 €	40 €
Amniocentèse	/	30 €	30 €	50 €

Optique				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, cette dernière étant limitée à 100€. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la garantie s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période annuelle (article R 871-2 du code de la Sécurité sociale).				
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée				
Equipement complet	Remboursement intégral			
Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée *				
Remboursement de l'équipement (limité à 100€ pour la monture) :				
a) Equipement à verres simples	100 €	150 €	250 €	300 €
b) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	150 €	225 €	375 €	450 €
c) Equipement à verres complexes	200 €	300 €	500 €	600 €
d) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	125 €	225 €	375 €	450 €
e) Equipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	200 €	300 €	500 €	600 €
f) Equipement à verres très complexes	200 €	300 €	500 €	600 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime obligatoire. Cumulable avec le forfait lunette	100 €	150 €	200 €	250 €



Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :

Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	/	150 €	150 €	200 €
Correction des défauts visuels par toutes les chirurgies de l'œil (par œil et par an)	/	200 €	300 €	400 €

Dentaire	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4

Prestations remboursées par l'Assurance maladie :

Honoraires - Soins dentaires	100%	100%	125%	150%
Traitement d'orthodontie	125%	200%	300%	400%
Prothèses dentaires (y compris inlay core et inlays-onlays) :				
Panier de soins 100% santé sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)		Remboursement intégral		
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	125%	200%	300%	400%
Panier de soins aux tarifs libres	125%	200%	300%	400%

Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :

Prothèses dentaires (par prothèse)	/	200 €	300 €	400 €
Traitement d'orthodontie (par an)	/	200 €	300 €	400 €
Parodontologie (par an)	/	100 €	250 €	350 €
Implants (par implant avec limité à 3 implants par an)	/	100 €	300 €	500 €

Aides auditives	Niveau de garanties			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits	N1	N2	N3	N4

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.

Équipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée

Équipement complet		Remboursement intégral		
Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée				
Remboursement par aide auditive assuré de moins de 20 ans	100%	1 500 €	1 500 €	1 500 €
Remboursement par aide auditive assuré de 20 ans et plus	100%	1 000 €	1 250 €	1 500 €

Autres prestations	Niveau de garanties			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits	N1	N2	N3	N4

Prestations remboursées par l'Assurance maladie :

Actes de prévention (7 actes selon l'arrêté du 8 juin 2006) :				
Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%	100%
Détartrage annuel complet	100%	100%	100%	100%
Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	100%	100%	100%	100%
Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%	100%
Vaccins (sur liste) **	100%	100%	100%	100%

Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :

Allocation naissance ou adoption (par enfant)	/	250 €	250 €	250 €
---	---	-------	-------	-------



Assistance RMA	Oui	Oui	Oui	Oui
Maiia (téléconsultation)	Oui	Oui	Oui	Oui
2ème avis médical	Oui	Oui	Oui	Oui

(*) Les forfaits incluent le Ticket Modérateur

(**) Vaccins (sur liste) :

Diphtérie

Tétanos

Poliomyélite

Coqueluche

Hépatite B

Infections à Haemophilus influenza B

Infections invasives à méningocoque du sérotype C

Infections à pneumocoque

Oreillons

Rougeole

Rubéole



ANNEXE III - PIECES A FOURNIR POUR LE PAIEMENT DES PRESTATIONS
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 (*)
Si vous avez réglé uniquement la part mutuelle (ticket modérateur) et/ou un dépassement d'honoraires : joindre la facture indiquant le montant réglé par vos soins		
SOINS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX	Vous n'avez rien à envoyer.	Décompte de la Sécurité sociale.
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE	FRAIS DE SEJOUR / HONORAIRES : - Original du bordereau d'hospitalisation accompagné de la facture originale de l'établissement, si le paiement a été effectué directement au secrétariat. CHAMBRE PARTICULIERE / FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT - Toute facture originale acquittée	
SOINS DENTAIRES ET PROTHESES PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE	Vous n'avez rien à envoyer.	Décompte de la Sécurité sociale.
IMPLANTS DENTAIRES PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE	Vous n'avez rien à envoyer.	Facture précisant le(s) numéro(s) des dents concernées et le décompte de la Sécurité sociale
IMPLANTS DENTAIRES ET PROTHESES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE	Facture originale acquittée précisant le(s) numéro(s) des dents concernées.	
ORTHODONTIE ACCEPTEE PAR LA SECURITE SOCIALE	Facture originale acquittée	Décompte de la Sécurité sociale.
ORTHODONTIE REFUSEE PAR LA SECURITE SOCIALE	Facture originale acquittée précisant la cotation des actes, la date de début et de fin de traitement/semestre	
LUNETTES, LENTILLES ACCEPTEES PAR LA SECURITE SOCIALE	Vous n'avez rien à envoyer.	Décompte de la Sécurité sociale.
DEROGATION LUNETTES VARIATION ACUTE VISUELLE	- 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.	
LENTILLES REFUSEES PAR LA SECURITE SOCIALE	- La prescription - La facture originale acquittée précisant la mention hors T.I.P.S.	
CHIRURGIE DES YEUX	Facture originale acquittée indiquant le montant payé	
APPAREILLAGE ORTHOPEDIQUE OU AUDITIF	Vous n'avez rien à envoyer	Décompte de la Sécurité sociale
CURE THERMALE PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE	Vous n'avez rien à envoyer.	Décompte de la Sécurité sociale.
EXAMEN D'OSTEODENSITOMETRIE PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE	- Vous n'avez rien à envoyer	- Décompte de la Sécurité sociale
MEDECINES DOUCES OU NON CONVENTIONNELLES	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.	
SUBSTITUTS NICOTINIQUES	Facture originale + la copie de l'ordonnance datant de moins de 3 mois antérieur à la date de la facture ou décompte de la sécurité sociale	
VACCINS (sur liste)	Facture originale indiquant le montant payé	
VACCIN CONTRE LA GRIPPE / CONTRACEPTION	Facture originale indiquant le montant payé	
ALLOCATION NAISSANCE OU ADOPTION	Acte de naissance ou photocopie du livret de famille.	

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

Lorsqu'elle est demandée, la facture doit comporter les éléments permettant d'identifier le praticien de santé (numéro ADELI, RPSS, FINESS ou inscription au registre national de la spécialité).



ANNEXE IV - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DE CONTRAT DE TRAVAIL NON REMUNERE

Les garanties du contrat sont maintenues, aux mêmes clauses et conditions, aux agents du Souscripteur relevant de la catégorie de personnel assurée dont le contrat de travail est suspendu, sans indemnisation du Souscripteur, pour l'un des congés visés ci-après et sous réserve qu'ils continuent à relever de la Sécurité Sociale :

- DISPONIBILITE POUR RAISON DE SANTE
- CONGE PARENTAL D'EDUCATION
- CONGE DE PROCHE AIDANT
- CONGE POUR PRESENCE PARENTALE
- CONGE DE SOLIDARITE FAMILIALE
- CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE

EFFET :

Le Souscripteur doit faire parvenir à la Mutuelle Nationale Territoriale, les demandes de maintien dans le mois qui précède la suspension du contrat de travail.

CESSATION :

Le maintien des garanties cesse à la fin du congé concerné et, en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat.

COTISATION :

La cotisation est celle prévue pour les agents en activité.



ANNEXE V - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE DEPART DE LA COLLECTIVITE

Cas d'une réorganisation

Si les membres participants changent d'employeur en application d'une réorganisation (transfert de compétence...), le nouvel employeur est substitué de plein droit à l'ancien employeur pour la convention de participation et le contrat collectif d'assurance conclu 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.

Cas d'un départ isolé vers une autre collectivité

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.

En tout état de cause, ce maintien prend fin au plus tard à l'échéance de la convention de participation.

Cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage

Le maintien des garanties est également prévu aux anciens agents appartenant à la catégorie de personnel assuré en cas de cessation ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les dispositions ci-après.

Bénéficiaires du maintien :

Peuvent bénéficier du présent maintien les anciens agents, qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Ce maintien n'est pas accordé :

- En cas de licenciement pour faute lourde
- Si les droits à couverture complémentaire n'étaient pas ouverts à l'agent au jour de la cessation ou la rupture du contrat de travail.

S'ils étaient couverts au titre du contrat, le maintien demandé par l'ancien agent du Souscripteur s'applique à l'ensemble de ses ayants-droits dans les conditions et termes des garanties maintenues.

Prise d'effet et durée du maintien :

Le maintien des garanties est applicable à compter du lendemain de la date de cessation ou de la rupture du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même Souscripteur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

Cessation du maintien des garanties :

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier des événements suivants :

- Au terme de la durée maximale prévue ci-dessus, à savoir douze mois,
- Au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquidation des droits à pension de retraite,
- A la fin de la période durant laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux indemnités chômage.

Avant ce terme, le maintien est interrompu :

- A la date de suspension des garanties du contrat en cas de non-paiement des cotisations,
- A la date de résiliation du contrat.



Modalités d'information :

Le Souscripteur devra signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail remis au membre participant.

Le membre participant doit informer la Mutuelle Nationale Territoriale, de la cessation du contrat de travail en lui adressant, dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail, le bulletin individuel d'affiliation au présent dispositif de portabilité complété et signé accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant sa durée, d'une attestation justifiant son statut de demandeur d'emploi et des cartes de Tiers Payant en cours de validité. Une nouvelle carte de Tiers Payant sera remise au membre participant pour la période de maintien des droits au titre de la portabilité.

Dès qu'il en a connaissance, le membre participant bénéficiant du présent maintien s'engage à informer Mutuelle Nationale Territoriale de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties. Sont visées notamment les causes suivantes :

- la reprise d'un autre emploi,
- l'impossibilité de justifier auprès de la Mutuelle Nationale Territoriale de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage,
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- le décès du membre participant.

Cas de la mise en retraite pour invalidité d'un membre participant

Le maintien des garanties est également prévu pour les anciens agents appartenant à la catégorie de personnel assuré en cas de mise en position de retraite pour invalidité.

Le membre participant doit en faire la demande dès la connaissance de sa mise en retraite pour invalidité, s'il le souhaite. Le bénéfice de ce maintien prendra effet le jour de mise en retraite pour invalidité et ce jusqu'au terme du contrat.

S'ils étaient couverts au titre du contrat, le maintien demandé par l'ancien agent du Souscripteur s'applique à l'ensemble de ses ayants-droits dans les conditions et termes des garanties maintenues.

Les cotisations appliquées seront celles des membres participants en activité de service.



ANNEXE VI - MAINTIEN DES GARANTIES AUX AYANTS DROIT D'UN AGENT DECÉDÉ

L'assurance est maintenue, aux mêmes clauses et conditions aux ayants droit d'un membre participant décédé.

EFFET :

Les garanties du contrat sont maintenues aux ayants droit d'un membre participant décédé sous réserve :

- Qu'ils soient inscrits au contrat à la date du décès du membre participant,
- Que les demandes de maintien soient adressées à la Mutuelle Nationale Territoriale dans les six mois suivant le décès du membre participant.

CESSATION :

Le maintien des garanties cesse en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat ou du présent maintien et au plus tard au terme d'une période maximum d'un an à la suite du décès du membre participant.

Le maintien des garanties cesse également en cas de non-paiement de la cotisation par l'ayant droit d'un membre participant décédé, tel que prévu ci-après.

COTISATION :

La cotisation est celle prévue pour les agents en activité.

Les cotisations sont payables mensuellement d'avance par prélèvement automatique sur compte bancaire.

Elles sont réglées directement par l'ayant droit d'un membre participant décédé qui est seul responsable de leur versement.

Toutes les taxes d'assurance existantes ou établies postérieurement à la date d'effet du contrat sont versées en même temps que les cotisations.

Le paiement de la cotisation doit être effectué dans les 10 jours qui suivent leur échéance, l'adhésion restant en vigueur pendant ce délai.

DEFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION :

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours de son échéance, la Mutuelle Nationale Territoriale adresse à l'ayant droit d'un membre participant décédé une lettre recommandée de mise en demeure. En cas de non-paiement dans un délai de trente jours à compter de cette mise en demeure, son adhésion est suspendue.

L'adhésion est résiliée à défaut de paiement dans les dix jours qui suivent le délai de trente jours précités, soit quarante jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure.

