



MUTAME SANTÉ ENTREPRISE

CONDITIONS GÉNÉRALES

**CONTRAT COLLECTIF A ADHÉSION OBLIGATOIRE
ET DE GARANTIES SURCOMPLÉMENTAIRES À ADHÉSION FACULTATIVE**

Sommaire

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	3
Article 1. Objet du contrat.....	3
Article 2. Définitions	3
Article 3. Obligations du souscripteur collectif	5
Article 4. Prise d'effet, durée, renouvellement du contrat	5
Article 5. Résiliation du contrat.....	5
Article 6. Situation juridique ou économique du souscripteur	6
Article 7. Bénéficiaires.....	6
Article 8. Fausse déclaration.....	6
CHAPITRE II - DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX GARANTIES DE BASE OBLIGATOIRES	6
Article 9. Entrée en vigueur des garanties	6
Article 10. Révision du contrat	8
Article 11. Cessation des garanties.....	8
CHAPITRE III - DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES A ADHESION FACULTATIVE	10
Article 12. Prise d'effet, durée, renouvellement des garanties facultatives	10
Article 13. Résiliation des garanties facultatives	10
Article 14. Révision du contrat.....	10
Article 15. Entrée en vigueur des garanties.....	11
Article 16. Cessation des garanties.....	11
CHAPITRE IV - COTISATIONS	12
Article 17. Montant des cotisations.....	12
Article 18. Paiement des cotisations	13
Article 19. Défaut de paiement des cotisations	14
CHAPITRE V - PRESTATIONS	14
Article 20. Risques couverts	14
Article 21. Règlement des prestations.....	16
Article 22. Tiers payant	16
Article 23. Contrôle médical des prestations	16
CHAPITRE VI - DISPOSITIONS DIVERSES.....	17
Article 24. Subrogation.....	17
Article 25. Prescription	17
Article 26. Clause attributive.....	17
Article 27. Médiation, réclamation.....	17
Article 28. Loi informatique et libertés	18
Article 29. Autorité de tutelle.....	18

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1. Objet du contrat

Le contrat collectif « Couverture complémentaire santé » souscrit par le souscripteur auprès de la mutuelle a pour objet de garantir les membres du personnel du souscripteur définis aux Conditions Particulières ainsi que, le cas échéant, leurs ayants droit, des garanties de remboursement de frais de soins de santé complémentaires aux prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie et maternité.

Le contrat prévoit un niveau de garantie obligatoire choisi par le souscripteur, pour ses salariés et le cas échéant leurs ayants droit, précisé aux Conditions Particulières. Il permet également à chaque salarié d'opter pour un niveau de garanties surcomplémentaires qu'il formalise sur le bulletin d'affiliation et, d'étendre éventuellement ces garanties à ses ayants droit lorsque cette option n'a pas été décidée par le souscripteur.

Le présent contrat collectif est donc constitué :

- D'une part, de garanties de base obligatoires, comprenant six niveaux de couverture ou options, choisi par le souscripteur pour ses salariés, ci-après dénommés les « membres participants », qui sont obligatoirement affiliés au contrat, ainsi qu'une possibilité, par décision du souscripteur, d'extension de la couverture aux membres de leur famille dénommés « ayants droit »,
- D'autre part, de garanties facultatives permettant au salarié individuellement d'opter, pour un niveau de garanties surcomplémentaires, comprenant également jusqu'à cinq niveaux de couverture avec la faculté, le cas échéant, d'étendre ces garanties à ses ayants droit. Ces garanties facultatives sont définies par le souscripteur. Elles s'ajoutent à la garantie de base obligatoire. La souscription de ces garanties est formalisée sur le bulletin d'affiliation.

L'ensemble des dispositions du contrat comprenant les garanties de base obligatoires souscrites par l'employeur et les garanties facultatives souscrites par les salariés, répond aux critères qualifiant les contrats « responsables » en référence aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la sécurité sociale. Le contrat est constitué :

- Des statuts de la mutuelle
- Des présentes conditions générales, qui précisent les droits et obligations des parties ;
- Des conditions particulières qui déterminent la ou les catégories de bénéficiaires couvertes par le contrat, les garanties choisies par le souscripteur, à titre obligatoires, les options possibles au choix de chaque participant pour renforcer ses garanties de base, les cotisations correspondantes et la date d'effet ;
- Et des avenants valablement acceptés par chacune des parties.

En cas de contradiction entre les dispositions des Conditions Particulières et celles des Conditions Générales, ce sont celles qui figurent sur les Conditions Particulières qui l'emportent.

Le présent contrat collectif est régi par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et toutes dispositions législatives ou réglementaires de droit français.

Le souscripteur a été informé par la mutuelle des modalités de mise en place d'un régime de protection sociale complémentaire obligatoire dans l'entreprise, qui sont définies à l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale (convention ou accord collectif, référendum, décision unilatérale).

Article 2. Définitions

Adhérent : désigne l'entreprise en sa qualité de souscripteur du présent contrat collectif.

Assuré Social : c'est la personne affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie.

Ayant droit : désigne l'ayant droit du membre participant, c'est-à-dire la personne inscrite sous son couvert et qui peut à ce titre prétendre au versement des prestations servies par la mutuelle. Sont désignés comme ayants droit du participant :

- Son conjoint tel que défini ci-après
- Ses enfants à charge tels que défini ci-après

Bénéficiaire : est considéré bénéficiaire la personne qui peut prétendre à la prestation due par la mutuelle en cas de réalisation des risques garantis par le présent contrat collectif selon les garanties souscrites par l'employeur et/ou le membre participant comme indiqués aux Conditions Particulières. Les bénéficiaires peuvent être les membres participants, leur conjoint, ainsi que leurs enfants à charge, au sens des présentes Conditions Générales.

BRSS, Base de Remboursement de la Sécurité sociale : base servant au calcul du remboursement de la Sécurité Sociale pour l'ensemble des prestations en nature.

BRYSS : remboursement comprenant la participation des régimes obligatoire et complémentaire maladie.

CCAM, Classification Commune des Actes Médicaux : référentiel de la Sécurité sociale codifiant les actes médicaux et fixant leur base de remboursement par la Sécurité sociale, remplaçant progressivement depuis le 31 mars 2005 la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et le Catalogue Des Actes Médicaux (CDAM).

Conjoint : Sont considérés comme conjoint au sens du présent Contrat,

- Le conjoint du membre participant, légalement marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation,
- À défaut, le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité,
- À défaut, le concubin du membre participant sous réserve que le concubin et le membre participant soient tous les deux libres de tout engagement, que le concubinage ait été établi de façon notoire et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même.

Contrat responsable : Contrat d'assurance complémentaire santé respectant le dispositif du parcours de soins coordonnés et les conditions de remboursement conformément à l'article L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la sécurité sociale.

Contrat solidaire : contrat d'assurance complémentaire santé ou prévoyance ne donnant lieu ni au recueil préalable d'informations médicales auprès du bénéficiaire ni à une tarification en fonction de l'état de santé des personnes assurées.

Délai de stage : période suivant la date d'effet de l'adhésion pendant laquelle le membre participant ou le bénéficiaire cotise sans pouvoir prétendre aux prestations.

Enfant à charge : désigne l'enfant légitime, reconnu ou adoptif ou celui de son conjoint ou concubin dès lors qu'il est à charge au sens de la sécurité sociale, au plus tard jusqu'au 1er mois suivant leur 20ème anniversaire ou leur 28ème anniversaire s'ils poursuivent des études ou n'exercent pas une activité rémunérée supérieure à 55% du SMIC, ou sans limite d'âge s'ils sont handicapés physiques ou mentaux et incapables de se livrer à un travail salarié.

Garantie : elle correspond à l'engagement de la mutuelle de verser une prestation si le membre participant ou, le cas échéant, ses ayants droit, sont victimes d'un sinistre.

LPPR : Liste des Produits et Prestations Remboursables.

Médecin traitant : médecin choisi par le bénéficiaire âgé de 16 ans au moins pour assurer la coordination de ses soins tel qu'indiqué à son régime d'assurance maladie obligatoire, dans le cadre de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie.

Membre participant : salarié du souscripteur appartenant à la catégorie professionnelle définie aux Conditions Particulières.

Mutuelle : désigne Mutame & Plus, mutuelle régie par le code de la mutualité immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le numéro SIREN 780 915 898 dont le siège social se situe à Saint-Lô, assureur du risque.

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maitrisée signée par le médecin généraliste ou spécialiste avec l'assurance maladie. Le praticien s'engage à limiter le montant des dépassements d'honoraires

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maitrisée signée par les Chirurgiens et les Obstétriciens avec l'assurance maladie. Le praticien s'engage à limiter le montant des dépassements d'honoraires

PACS : sigle désignant le Pacte Civil de Solidarité.

Participation forfaitaire : montant des frais de soins retenu par la Sécurité sociale sur le remboursement des actes et consultations médicaux réalisés par un médecin en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et les actes de biologie et de radiologie (loi n° 2004-810 du 13.08.05 : article 57 III, V et VI).

Plafond de la Sécurité sociale : plafond servant de base à la Sécurité sociale pour le calcul de ses cotisations et de ses prestations

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

Prestations en nature : Remboursement des soins pour maladie, accident, maternité.

Prestations en espèces : Indemnités journalières en cas de maladie ou accident.

Risque : événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du membre participant ou du bénéficiaire.

Sinistre : correspond à la réalisation du risque.

TA, Tarif d'autorité : Tarif appliqué par la Sécurité Sociale pour ce qui concerne les actes pratiqués dans le cadre du secteur non conventionné.

TAA : Tarification à l'activité.

TC, Tarif de convention : Tarif négocié entre la Sécurité Sociale et le corps médical, praticiens ou établissements qui s'engagent à le respecter. Cependant, ce tarif peut être dépassé par le praticien avec des dépassements autorisés ou à honoraires libres. La base de remboursement de la Sécurité Sociale dans ce cas est limitée au tarif négocié.

TR, Tarif de responsabilité : base de remboursement de la Sécurité sociale pour les produits pharmaceutiques, les fournitures et les appareillages.

TFR, Tarif forfaitaire de responsabilité : base de remboursement de la Sécurité sociale pour le princeps d'un médicament (original d'un médicament) ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

TM, Ticket modérateur : La charge laissée à l'assuré par l'assurance maladie après le remboursement des soins sur la BRSS.

Article 3. Obligations du souscripteur collectif

Le souscripteur s'engage

- À affilier tous ses salariés présents et futurs appartenant à la catégorie de personnel assurée,
- À remettre à chaque salarié présent et futur un exemplaire des statuts de la mutuelle, l'acte juridique instituant le contrat collectif avec les cas de dispenses, du tableau de garantie et de la notice d'information établie par la mutuelle,
- À adresser à la mutuelle les bulletins individuels d'affiliation complétés et signés par les membres participants dans les trente jours suivant leur entrée dans la catégorie de personnel définie aux Conditions Particulières.
- À transmettre à la mutuelle toutes les demandes écrites des salariés concernant les changements de niveau de garanties.

Par ailleurs, le souscripteur s'engage également,

- À la souscription, à transmettre à la mutuelle la liste de l'ensemble des assurés, précisant notamment pour chacun : nom, prénom, date de naissance, numéro de sécurité sociale, situation de famille et le cas échéant ses ayants droit.
- À tout moment, à informer la mutuelle de toutes les modifications dans la liste de bénéficiaires (mariage, naissance, divorce, démission, licenciement, rupture conventionnelle, départ en retraite, décès...), et en particulier de la cessation des contrats de travail déclenchant la portabilité.
- À la fin de chaque exercice, à transmettre à la mutuelle la liste de l'ensemble des assurés, précisant notamment pour chacun : nom, prénom, date de naissance, numéro de sécurité sociale, situation de famille, date d'entrée et date de sortie dans l'exercice. La liste du personnel doit être à la disposition de la mutuelle pour consultation éventuelle.

Le souscripteur reconnaît avoir été informé par la mutuelle des obligations qui lui incombent en vertu des dispositions de l'article 12 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L.221-6 (alinéa 2) du Code de la Mutualité, en sa qualité de souscripteur d'un contrat collectif de prévoyance.

La preuve de la remise aux membres participants des documents contractuels et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au souscripteur.

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

Le contrat est conclu entre le souscripteur et la mutuelle. Il prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières.

Il est souscrit dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année, et est ensuite reconduit tacitement au 1er janvier de chaque année, sauf résiliation par le souscripteur ou par la mutuelle, dans les conditions définies à l'article 5 « résiliation du contrat » ci-après.

Ce contrat peut être modifié par avenant signé par les deux parties.

Article 5. Résiliation du contrat

Le contrat peut être résilié par l'une ou l'autre des parties au 31 décembre, sous réserve de le faire par lettre recommandée avec accusé de réception en respectant un délai de préavis de deux mois

avant la date d'échéance annuelle, soit au plus tard le 31 octobre. La résiliation prend alors effet au 1er janvier de l'exercice suivant.

La mutuelle peut également résilier le contrat à tout moment en cas de non-paiement des cotisations par le souscripteur, dans les conditions prévues à l'article 19 du présent contrat.

La résiliation du contrat par le souscripteur ou la mutuelle entraîne de plein droit la résiliation des garanties surcomplémentaires à adhésion facultative souscrites par les membres participants.

En cas de résiliation du contrat, le souscripteur n'a aucun droit à faire valoir sur le patrimoine de la mutuelle et sur ses différents fonds de réserve. Il reste tenu de payer l'intégralité des cotisations dues, des intérêts de retard légaux et des différents frais y afférents, le cas échéant.

Article 6. Situation juridique ou économique du souscripteur

Pour pouvoir souscrire le souscripteur doit avoir son siège social ou un établissement en France métropolitaine ou dans les départements d'Outre-mer.

Les garanties frais de santé souscrites au titre du présent contrat collectif produisent leurs effets dans le monde entier pour les participants et leurs éventuels ayants droit dès lors qu'il y a prise en charge par un régime d'assurance maladie obligatoire français et sous condition que le séjour à l'étranger n'excède pas trois mois.

Le souscripteur doit informer la mutuelle de toute transformation intervenant dans sa situation juridique ou économique de façon à permettre à la mutuelle de :

- Maintenir ou adapter les garanties des salariés du souscripteur,
- Procéder à la résiliation du contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 7. Bénéficiaires

Sont bénéficiaires des prestations, sauf dispositions spécifiques prévues aux Conditions Particulières, le membre participant et, le cas échéant ses ayants-droit au sens du présent contrat.

Le membre participant doit communiquer à la mutuelle, selon sa situation :

- Une attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- Une attestation de concubinage pour les concubins,

Outre ces justificatifs, doivent être joints la photocopie de l'attestation à jour des droits jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré au régime de base obligatoire en vigueur à la date d'affiliation, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro.

A défaut, les garanties sont suspendues.

Article 8. Fausse déclaration

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant ou du souscripteur de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation de la mutuelle. Les cotisations payées demeurent acquises à la mutuelle.

CHAPITRE II - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES DE BASE OBLIGATOIRES

Article 9. Entrée en vigueur des garanties

Sont affiliés, à titre obligatoire dans les conditions prévues à l'article L 911-1 du code de la sécurité sociale, les membres du personnel du souscripteur définis aux Conditions Particulières qui deviennent alors membres participants de la mutuelle, sauf cas de dispenses dûment mentionnés dans l'acte juridique instituant le contrat collectif.

Les garanties peuvent être étendues à titre obligatoire aux ayants droit sous réserve que cette extension soit prévue dans l'acte juridique instituant le contrat collectif et aux conditions particulières

Dans le cas où des facultés de dispenses d'affiliation sont prévues dans l'acte juridique instituant le régime collectif, le souscripteur a l'obligation de demander aux intéressés de produire chaque année les justificatifs nécessaires.

9.1. Demande d'affiliation

Pour que l'affiliation aux garanties de base obligatoires prenne effet, le souscripteur doit avoir accompli les formalités requises par la mutuelle. Il doit notamment avoir fourni une liste du personnel concerné.

Pour bénéficier des garanties, les salariés du souscripteur doivent compléter et signer un bulletin individuel d'affiliation en indiquant le cas échéant la liste de leurs ayants droit à inscrire au contrat (tels que définis à l'article 2). Ils remettent leur bulletin individuel d'affiliation accompagné des pièces nécessaires à l'affiliation au souscripteur qui s'engage à les faire parvenir à la mutuelle.

En cas d'extension de la couverture aux ayants droit des membres participants, ces derniers doivent signaler à la mutuelle tout changement de situation familiale par le même document qui doit être retourné dans un délai de trente jours à la mutuelle.

9.2. Structures d'affiliation du contrat de base obligatoire

Le souscripteur a la possibilité de choisir l'affiliation obligatoire de ses salariés seuls ou de ses salariés et de leurs ayants droit parmi l'une des structures définies ci-dessous. Les cotisations sont déterminées en fonction de la structure choisie par le souscripteur.

Structure « assuré seul »

L'affiliation de l'assuré est obligatoire.

L'affiliation de ses ayants droit n'est pas possible.

Structure « isolé / couple / famille »

L'affiliation de l'assuré et de l'ensemble de ses ayants droit est obligatoire.

Le changement de la structure est possible à tout moment, sous réserve des dispositions du présent contrat.

Structure « adulte / enfant »

L'affiliation de l'assuré et de l'ensemble de ses ayants droit est obligatoire.

Le changement de la structure est possible à tout moment, sous réserve des dispositions du présent contrat.

Structure « salarié / conjoint / enfant »

L'affiliation de l'assuré est obligatoire, celle de ses ayants droit facultative.

Le changement de la structure est possible à tout moment, sous réserve des dispositions du présent contrat.

9.3. Date d'effet des garanties

L'affiliation du salarié et de ses ayants droit prend effet, sous réserve du respect des conditions relatives à l'adhésion visées à l'article 9.1. Les garanties prennent effet, pour les membres participants et, le cas échéant, leurs ayants droit :

- À la date d'effet du contrat pour l'ensemble des salariés appartenant à la catégorie du personnel à cette date,
- À la date d'entrée du salarié dans la catégorie de personnel assurée, si celle-ci est postérieure à la date d'effet,
- Au premier jour du mois suivant la réception du bulletin individuel d'affiliation, pour les salariés qui bénéficiaient d'une dispense d'affiliation et les nouveaux ayants droit, notamment en cas de changement de situation familiale tel que mariage, naissance, pacs...

Les garanties prennent effet à la même date que celle de l'affiliation. Les soins pouvant être indemnisés doivent avoir une date postérieure à la date d'affiliation.

Par date des soins, il faut entendre soit :

- Date de l'acte mentionnée sur le décompte de Sécurité sociale,
- Date de l'achat mentionnée sur le décompte de la Sécurité Sociale ou sur la facture acquittée,
- Date d'entrée à l'hôpital (1er jour d'hospitalisation).

9.4. Modalités de calcul de la cotisation

La cotisation est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur à la date de son émission. Son montant évolue en fonction :

- Du plafond mensuel de la sécurité sociale
- Du niveau de garantie choisi par le souscripteur
- Du choix du souscripteur de l'affiliation ou non des ayants droit de ses salariés
- De la structure tarifaire choisie par le souscripteur

- De l'âge moyen de l'effectif salarié, calculé comme la moyenne arithmétique des âges des salariés du souscripteur éligible à la garantie.
- Du résultat technique du contrat collectif compte tenu du niveau de consommation médicale du groupe.

La révision annuelle des cotisations concernant les garanties de base obligatoires est fixée par le Conseil d'administration de la Mutuelle à effet du 1^{er} janvier d'un exercice civil et notifiée au souscripteur sous préavis de 2 mois dans les conditions de l'article 17.1. Cette révision annuelle des cotisations est indépendante de la révision des cotisations facultatives.

Article 10. Révision du contrat

Les garanties de base obligatoires et les cotisations peuvent être modifiées en cours d'année en accord avec le souscripteur. Les modifications doivent être constatées par un avenant signé des parties. Le souscripteur est tenu d'informer chaque participant en lui remettant une notice d'information dans les conditions prévues par l'article L 221-6 du code de la mutualité. Les nouvelles conditions prennent alors effet à la date d'effet de l'avenant signé des parties.

La modification des options par le souscripteur s'impose de plein droit au membre participant.

En cas d'instauration ou de modification par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature, assises sur les cotisations et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation impactant les garanties, les garanties et les taux de cotisation du présent contrat pourront être révisés.

Article 11. Cessation des garanties

11.1. Cas général

L'affiliation du membre participant et de ses ayants droit au présent contrat est résiliée de plein droit :

- En cas de résiliation ou de non renouvellement du présent contrat collectif par le souscripteur ou la mutuelle,
- En cas de rupture du contrat de travail avec le souscripteur, notamment en cas de départ à la retraite, de démission ou de licenciement, sous réserve de l'exercice par le membre participant de la portabilité de ses garanties frais de soins de santé en cas de chômage et du maintien de ses garanties dans les conditions énoncées respectivement aux articles 11-3 et 11-4.
- En cas de sortie de la catégorie de personnel pour laquelle est souscrit le contrat et figurant aux Conditions Particulières,
- En cas de décès du membre participant.

Les garanties des ayants droit cessent à la date à laquelle ceux-ci ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayants droit.

Le souscripteur s'engage à retirer au salarié sa (ses) carte(s) de tiers payant et à la (les) retourner à la mutuelle. Le non-respect de cette obligation engage la responsabilité du souscripteur qui aura alors à supporter la charge du remboursement des éventuelles prestations payées à tort.

Le membre participant et ses ayants droit ne bénéficiant plus des garanties au contrat doivent restituer au souscripteur sa (ses) carte(s) de tiers payant et à la (les) retourner à la mutuelle. En cas d'utilisation de la (les) carte(s) de tiers payant par le salarié et/ou ses ayants droit au-delà de la date de résiliation, la mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse de remboursement des prestations indues à l'égard du salarié ou de ses ayants droit.

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du présent contrat collectif, la mutuelle doit proposer aux salariés une garantie frais de santé à titre individuel dans des conditions fixées à l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989, dite loi Évin.

11.2. Maintien de garanties en cas de suspension du contrat de travail

Sauf lorsque les périodes donnent lieu à maintien de rémunération par l'employeur ou indemnisation de la Sécurité sociale, l'affiliation du membre participant et de ses ayants-droit ainsi que leurs garanties sont suspendues lorsque le contrat de travail du membre participant fait l'objet d'une suspension, notamment à l'occasion :

- D'un congé sabbatique visé à l'article L 3142-91 et suivants du code du travail ;
- D'un congé pour création d'entreprise visé à l'article L 3142-78 et suivants du code du travail ;
- D'un congé parental d'éducation visé à l'article L 1225-47 du code du travail ;
- D'un congé de soutien familial visé aux articles L 3142-22 et suivants du code du travail
- De périodes d'exercices militaires de mobilisation ou de captivité ;
- Ou en cas d'un congé sans solde pour une durée supérieure à 30 jours consécutifs.

La suspension intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle, et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que la mutuelle en soit informée dans un délai de trente jours suivant la reprise.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre de l'intéressé ni de ses ayants droit.

Le membre participant dont l'affiliation à titre obligatoire au présent contrat a été suspendue, peut adhérer individuellement et à titre facultatif au règlement « frais de soins de santé » de la Mutuelle, la totalité de la cotisation afférente à ses garanties étant alors exclusivement à sa charge.

11.3. Maintien de garanties du salarié au titre de l'article 4 de la loi Évin n°89-1009 du 31/12/1989

Les anciens salariés, garantis collectivement au titre du présent contrat, ont la faculté de bénéficier du maintien de la couverture de la garantie frais de santé du présent contrat, lorsqu'ils sont :

- Bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité,
- Titulaires d'une pension de retraite,
- Privés d'emploi et perçoivent un revenu de remplacement.

Cette faculté est possible sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande écrite auprès de la mutuelle, dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou le cas échéant, dans les six mois qui suivent l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties. La mutuelle adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans les deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire.

Par ailleurs, les ayants droit du salarié décédé peuvent bénéficier d'une couverture frais de santé, pendant une durée maximale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande à la mutuelle dans les six mois suivant le décès du salarié. La mutuelle adresse la proposition de maintien de couverture aux ayants droit dans le délai de deux mois à compter du décès.

Le nouveau contrat ou la nouvelle convention doit prévoir que la garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande. Les tarifs applicables aux salariés visés par le présent article ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs, et ce, tel que prévu par le décret n° 90-769 du 30/08/1990.

11.4. Portabilité des droits

Les dispositions de cet article résultent de l'article L 911-8 du code de la sécurité sociale.

En cas de rupture ou de fin du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage et pour un contrat de travail de durée supérieure à un mois, en dehors du cas de licenciement pour faute lourde, le salarié peut demander à bénéficier du maintien de ses garanties et rester affilié à titre gratuit au titre des garanties de base obligatoires uniquement dont il bénéficiait dans le cadre de son dernier contrat de travail. Le maintien des garanties prend effet au lendemain de la date de rupture du contrat de travail. Dans ce cas, le souscripteur est tenu :

- D'informer ses salariés de leur droit à bénéficier du maintien des garanties dans leur certificat de travail,
- D'informer la mutuelle des cessations de contrat de travail déclenchant le droit au maintien, dans un délai de trente jours.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur, et que la durée du contrat de travail ait été d'au moins un mois. Ce maintien est également accordé aux ayants droit déclarés de l'assuré.

La durée du maintien des garanties est égale à celle de l'indemnisation chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail de l'ancien salarié ou de la durée totale de ses contrats successifs chez un même employeur, appréciée en mois et arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois.

Ce dispositif est facultatif. L'ancien salarié a la faculté de renoncer au bénéfice du dispositif de portabilité, à condition de le faire par écrit, auprès du souscripteur dans les 10 jours qui suivent la date de rupture ou la fin de son contrat de travail. La renonciation de l'ancien salarié est définitive.

En l'absence de renonciation de la part du membre participant dans un délai de 10 jours, le souscripteur doit retourner à la Mutuelle le bulletin individuel d'affiliation relatif à la portabilité.

En cas de modification du contrat d'assurance, les modifications de garanties sont appliquées à l'ancien salarié.

Le maintien des garanties cesse :

- À la date de cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage, étant précisé que toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des garanties.
- À la date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié.
- À la date d'effet de la retraite Sécurité sociale de l'ancien salarié.
- À l'issue de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit et ce dans la limite de douze mois.

CHAPITRE III - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES SURCOMPLÉMENTAIRES A ADHÉSION FACULTATIVE

Article 12. Prise d'effet, durée, renouvellement des garanties facultatives

Les garanties facultatives sont définies par le souscripteur et la mutuelle. Le membre participant adhère de manière individuelle à ces garanties. Cette adhésion prend effet au 1er jour du mois suivant la réception par la mutuelle du bulletin individuel d'affiliation.

Le salarié a la possibilité d'opter pour une garantie surcomplémentaire à adhésion facultative qui s'ajoute à la garantie de base obligatoire souscrite par son employeur. Il a également la possibilité, lorsque le choix n'a pas été fait par l'employeur, d'étendre la garantie de base et éventuellement la surcomplémentaire à ses ayants droit.

En cas d'affiliation par le membre participant de ses ayants droit aux garanties surcomplémentaires à adhésion facultative, le niveau de garanties souscrit par le membre participant s'impose aux ayants droit.

Les garanties facultatives sont souscrites dans le cadre de l'année civile et viennent à échéance le 31 décembre de chaque année. Elles sont ensuite reconduites tacitement au 1er janvier de chaque année, sauf :

- Résiliation du contrat collectif par le souscripteur ou la mutuelle
- Résiliation par le membre participant, dans les conditions définies à l'article 13 « résiliation du contrat » ci-après.

Article 13. Résiliation des garanties facultatives

Au 31 décembre de chaque année, le membre participant peut résilier son adhésion facultative et celle de ses ayants droit aux garanties surcomplémentaires. Pour cela, il doit notifier par lettre recommandée à la mutuelle la résiliation des garanties, sous réserve respecter un délai de préavis de deux mois au moins avant la date d'échéance annuelle, soit au plus tard le 31 octobre.

La résiliation prend alors effet au 1^{er} janvier de l'exercice suivant.

La mutuelle peut également résilier à tout moment les garanties surcomplémentaires à adhésion facultative, en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 19 du présent contrat.

La résiliation du contrat de base obligatoire par le souscripteur ou la mutuelle entraîne de plein droit la résiliation des garanties surcomplémentaires à adhésion facultative souscrites par les membres participants.

En cas de résiliation du contrat, le souscripteur n'a aucun droit à faire valoir sur le patrimoine de la mutuelle et sur ses différents fonds de réserve. Il reste tenu de payer l'intégralité des cotisations dues, des intérêts de retard légaux et des différents frais y afférents, le cas échéant.

Article 14. Révision du contrat

Les garanties surcomplémentaires à adhésion facultative peuvent être modifiées en cours d'année en accord avec le souscripteur. Les nouvelles conditions prennent alors effet à la date d'effet de l'avenant signé des parties.

La modification des options par le souscripteur s'impose de plein droit au membre participant. Celui-ci dispose alors d'un délai de résiliation de 30 jours suivant la notification de cette modification par le souscripteur.

En cas d'instauration ou de modification par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature, assises sur les cotisations et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation impactant les garanties, les garanties et les taux de cotisation du présent contrat pourront être révisés.

Article 15. Entrée en vigueur des garanties

Sont affiliés aux garanties surcomplémentaires, à titre facultatif, les salariés du souscripteur définis aux Conditions Particulières et affiliés au contrat de base obligatoire qui en font la demande pour eux-mêmes et le cas échéant pour leurs ayants droit.

15.1. Demande d'affiliation

Pour que l'affiliation aux garanties facultatives prenne effet, le souscripteur et le membre participant doivent avoir accompli les formalités requises par la mutuelle.

Pour bénéficier des garanties, les membres participants doivent compléter et signer un bulletin individuel d'affiliation en indiquant le cas échéant la liste de leurs ayants droit à inscrire au contrat au titre des garanties surcomplémentaires à adhésion facultative. Ils remettent leur bulletin accompagné des pièces nécessaires à l'affiliation au souscripteur, qui s'engage à les faire parvenir à la mutuelle.

Les membres participants doivent signaler à la mutuelle tout changement de situation familiale par le même document, qui doit être retourné dans un délai de trente jours à la mutuelle.

15.2. Structures d'affiliation des garanties surcomplémentaires à adhésion facultative

Structure « *salarié / conjoint / enfant* »

Le membre participant détermine librement les membres de sa famille qu'il souhaite affilier.

Le changement de la structure est possible à tout moment, sous réserve des dispositions du présent contrat.

15.3. Date d'effet des garanties

L'affiliation du salarié et de ses ayants droit au titre des garanties surcomplémentaires à adhésion facultative prend effet, sous réserve du respect des conditions relatives à l'adhésion visées à l'article 15.1. pour les membres participants et, le cas échéant, de leurs ayants droit :

- À la date d'effet du contrat de base obligatoire pour l'ensemble des salariés ayant opté pour les garanties surcomplémentaires à adhésion facultative au moment de la mise en place du contrat,
- À la date d'entrée du salarié dans la catégorie de personnel assurée, si celle-ci est postérieure à la date d'effet et si le salarié a opté pour les garanties facultatives au moment de son affiliation au contrat de base obligatoire,
- Au premier jour du mois civil suivant la réception du bulletin individuel d'affiliation, dans tous les autres cas.
- Les soins pouvant être indemnisés au titre des garanties surcomplémentaires à adhésion facultative doivent avoir une date postérieure à la date d'affiliation.

Par date des soins, il faut entendre soit :

- Date de l'acte mentionnée sur le décompte de Sécurité sociale,
- Date de l'achat mentionnée sur le décompte de la Sécurité Sociale ou sur la facture acquittée,
- Date d'entrée à l'hôpital (1^{er} jour d'hospitalisation).

15.4. Modalités de calcul de la cotisation

La cotisation est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur à la date de son émission. Son montant évolue en fonction :

- Du plafond mensuel de la sécurité sociale
- Du niveau de garantie choisi par le souscripteur
- Du choix du salarié de l'affiliation ou non de ses ayants droit
- De l'année de naissance du salarié et, le cas échéant, de ses ayants droit.

La révision annuelle des cotisations de la garantie surcomplémentaire à adhésion facultative est fixée par le Conseil d'administration de la mutuelle à effet du 1^{er} janvier d'un exercice civil et notifiée au souscripteur sous préavis de 2 mois dans les conditions précisées à l'article 17.2. Cette révision annuelle des cotisations est indépendante de la révision des cotisations du régime de base obligatoire.

Article 16. Cessation des garanties

16.1. Cas général

L'affiliation du membre participant et de ses ayants droit aux garanties surcomplémentaires à adhésion facultative, est résiliée de plein droit à la date de résiliation du contrat de base obligatoire.

Les garanties du membre participant et/ou de ses ayants droit cessent :

- à la date à laquelle ceux-ci ne répondent plus aux conditions pour être bénéficiaires des garanties de base obligatoires, exception faite des cas de maintien de garanties prévus par le présent contrat collectif ;
- à la date à laquelle leur radiation est demandée par le membre participant. Cette radiation aux garanties surcomplémentaires à adhésion facultative est définitive et soumise à un délai de préavis de 2 mois. Ainsi, une fois radiés, le membre participant et ses ayants droit ne pourront plus bénéficier de ces garanties ;
- à la date d'effet de la suspension ou de la cessation des garanties obligatoires ;
- En tout état de cause au décès du participant.

Le souscripteur s'engage à retirer au salarié sa (ses) carte(s) de tiers payant et à la (les) retourner à la mutuelle. Le non-respect de cette obligation engage la responsabilité du souscripteur qui aura alors à supporter la charge du remboursement des éventuelles prestations payées à tort.

Le membre participant et ses ayants droit ne bénéficiant plus des garanties au contrat doivent restituer au souscripteur sa (ses) carte(s) de tiers payant et à la (les) retourner à la mutuelle. En cas d'utilisation de la (les) carte(s) de tiers payant par le salarié et/ou ses ayants droit au-delà de la date de résiliation, la mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse de remboursement des prestations indues à l'égard du salarié ou de ses ayants droit.

16.2. Maintien de garanties en cas de suspension du contrat de travail ou de portabilité

En cas de maintien de l'affiliation au contrat en période de suspension de travail, dans les conditions définies aux articles 11.3 et 11.4, les garanties surcomplémentaires à adhésion facultative, peuvent toutefois être maintenues à titre payant, sur demande expresse du salarié.

16.3. Renonciation

Pour les garanties facultatives, le membre participant peut renoncer à ses garanties en envoyant à la mutuelle une lettre dans les 30 jours qui suivent la réception de son bulletin individuel d'affiliation (le cachet de la poste faisant foi) et ce sous réserve de ne pas avoir demandé dans ce délai le remboursement de frais de santé engagés.

La lettre de renonciation pourra être rédigée en ces termes :

« Madame, Monsieur,

Je soussigné (e) « nom, prénom du participant », demeurant à (adresse), déclare renoncer à mon adhésion à la garantie surcomplémentaire à adhésion facultative (référence) complétant les garanties de base obligatoires souscrites par mon employeur (référence) dont le paiement de la première cotisation a eu lieu le (xx/xx/xxxx).

Je souhaite recevoir la totalité des sommes versées.

Date et signature

La renonciation entraîne l'annulation, pure et simple, de la demande d'adhésion à la garantie surcomplémentaire à adhésion facultative et la restitution par la Mutuelle des sommes versées dans un délai maximal de 30 jours suivant la réception de la lettre.

Le membre participant ayant exercé sa faculté de renonciation ne pourra s'affilier de nouveau à la garantie surcomplémentaire à adhésion facultative qu'après un délai de 24 mois.

CHAPITRE IV - COTISATIONS

Article 17. Montant des cotisations

Le montant des cotisations est déterminé pour l'année civile et fixé, en fonction notamment des garanties souscrites, aux Conditions Particulières.

17.1. Cas des garanties de base obligatoires

Les cotisations ne varient pas en fonction du temps de travail, sauf mention contraire expressément prévue aux Conditions Particulières.

Les cotisations sont réglées selon la périodicité indiquée aux Conditions Particulières, à terme échu par le souscripteur. La date d'exigibilité des cotisations est fixée à 15 jours suivant leur date d'échéance.

Le calcul des cotisations est effectué à partir de l'effectif assuré au cours du mois civil durant lequel les garanties ont couru. La cotisation due pour les participants entrés ou sortis en cours de période est proratisé en fonction du nombre de jours de présence des salariés concernés dans l'effectif assurable.

Chaque règlement doit être accompagné du bordereau mensuel dûment rempli par le souscripteur et de la déclaration de mouvement du personnel.

Il est précisé que pour les salariés travaillant à temps partiel la cotisation est due dans son intégralité.

Le montant des cotisations peut évoluer au 1er janvier de chaque année sur décision du conseil d'administration de la mutuelle conformément à l'article 9.4. Le changement de cotisations doit être notifié au souscripteur au plus tard le 31 octobre de l'année, et prend effet le 1er janvier de l'année suivante.

En cas d'acceptation des nouvelles conditions par le souscripteur, un avenant aux conditions particulières du contrat, signé par le souscripteur et la mutuelle formalise cet accord. Les salariés sont informés par la remise d'une nouvelle notice d'information, ou d'un additif à la notice d'information initiale, établi par la mutuelle et remis au salarié par le souscripteur. La preuve de cette remise incombe au souscripteur.

17.2. Cas des garanties surcomplémentaires à adhésion facultative

Les cotisations sont réglées selon la périodicité indiquée aux Conditions Particulières, à terme échu par le membre participant ou par le souscripteur, comme défini aux Conditions Particulières.

La date d'exigibilité des cotisations est fixée à 15 jours suivant leur date d'échéance.

Lorsque le paiement des cotisations est mensualisé, le montant des cotisations est dû pour le mois civil entier au cours duquel prend effet l'adhésion ou cesse ladite adhésion.

Le montant des cotisations peut évoluer au 1er janvier de chaque année sur décision du conseil d'administration de la mutuelle conformément à l'article 15.4. Le changement de cotisations doit être notifié au souscripteur au plus tard le 31 octobre de l'année, et prend effet le 1er janvier de l'année suivante, à charge pour ce dernier d'informer les salariés concernés.

En cas de désaccord, le membre participant dispose d'un délai de résiliation des garanties surcomplémentaires à adhésion facultative de 30 jours. Dans ce cas, il doit aviser la mutuelle avant le 30 novembre de la même année. A défaut le participant est réputé avoir accepté le changement de cotisations.

Article 18. Paiement des cotisations

18.1. Paiement des cotisations par le souscripteur

Le souscripteur est seul responsable vis-à-vis de la mutuelle du paiement de la totalité des cotisations (part salariale et part patronale) relatives aux garanties de base obligatoires. À ce titre, il s'engage à autoriser la mutuelle à prélever, le 5 de chaque mois en cours, les cotisations dues directement sur le compte bancaire de l'entreprise. À cet effet, il complète un mandat de prélèvement qu'il retourne dûment signé à la mutuelle.

Il peut également, s'il en fait le choix, collecter pour la mutuelle les cotisations relatives aux garanties surcomplémentaires à adhésion facultative. À ce titre, les cotisations surcomplémentaire seront également prélevées sur le compte bancaire de l'entreprise.

En cas de radiation d'un assuré en cours de mois, les cotisations correspondantes sont dues pour le mois en cours.

L'employeur s'engage à fournir sur simple demande de la mutuelle les documents suivants :

- La liste des salariés et le cas échéant de leurs ayants droit présents sur la période,
- Leur date d'entrée et le cas échéant de sortie de l'effectif couvert,
- La ou les base(s) de calcul des cotisations pour la période concernée (le cas échéant),
- Le montant de la cotisation associée,
- Le nombre de salariés bénéficiant du régime de la portabilité et leur liste détaillée avec notamment leur date de début et de fin de période de maintien

18.2. Paiement des cotisations par le membre participant

Dans le cas de maintien de garantie à titre individuel tel que défini aux articles 11.2 et 11.3, et, si le souscripteur en a fait le choix, des garanties surcomplémentaires à adhésion facultative, le membre participant est le seul responsable du paiement de la totalité de la cotisation.

Celle-ci est alors réglée par le membre participant à la mutuelle par prélèvement bancaire.

Les cotisations sont annuelles et payables d'avance. Toutefois, elles peuvent être fractionnées au mois sans remise pour paiement fractionné.

En cas de décès du membre participant, les cotisations réglées d'avance concernant les mois entiers suivant le décès sont remboursées.

Les bénéficiaires de la portabilité des droits telle que définie au point 9.3 du présent contrat sont exonérés du règlement de cotisations.

Article 19. Défaut de paiement des cotisations

19.1. Cas des garanties de base obligatoires : Non-paiement des cotisations par le souscripteur

Conformément à l'article L.221-8 du Code de la mutualité et à défaut de paiement d'une cotisation dans les quinze jours de son échéance, une mise en demeure de paiement chiffrée est adressée au souscripteur.

La mutuelle informera directement les membres participants de la carence du souscripteur et de ses conséquences : le membre participant est informé qu'à l'expiration d'un délai de trente jours, le défaut de paiement de la cotisation par le souscripteur est susceptible d'entraîner la suspension puis la résiliation du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations. Si le paiement n'est pas intervenu :

- Les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure,
- Le contrat est résilié dix jours après la date d'effet de la suspension.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle, ont été payés à celles-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 cotisations antérieures à la date de résiliation restent dues. La mutuelle conserve la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous les moyens de droit.

La résiliation du contrat collectif pour non-paiement des cotisations, emporte de plein droit la résiliation des garanties surcomplémentaires à adhésion facultative souscrits par les participants. Dans ce cas le membre participant demeure participant de droit de la mutuelle et peut souscrire une nouvelle garantie individuelle.

19.2 Autres cas : Non-paiement des cotisations par le membre participant

Dans le cas de maintien de garantie à titre individuel tel que défini aux articles 11.2 et 11.3, et des garanties surcomplémentaires à adhésion facultative, conformément à l'article L.221-8 du Code de la mutualité et à défaut de paiement d'une cotisation dans les quinze jours de son échéance, une mise en demeure de paiement chiffrée est adressée au membre participant. Si le paiement n'est pas intervenu :

- Les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure,
- Le contrat est résilié dix jours après la date d'effet de la suspension.

Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle, ont été payés à celles-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 cotisations antérieures à la date de résiliation restent dues. La mutuelle conserve la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous les moyens de droit.

CHAPITRE V - PRESTATIONS

Article 20. Risques couverts

20.1. Définition des garanties

Les garanties sont définies aux Conditions Particulières. Elles ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par le salarié et éventuellement ses ayants droit, durant la période de garantie, en complément des remboursements effectués par la sécurité Sociale au titre des opérations en nature de l'assurance maladie dans la limite des frais réels engagés par les participants ou éventuellement ses ayants droit.

Dérogent à ce principe de participation préalable d'une caisse d'assurance maladie divers soins, actes, appareillages et fournitures qui justifient d'une participation de la mutuelle en raison de leur nécessité ou de leur apport reconnu à la protection de la santé.

Le montant des prestations se compose des garanties de base obligatoires choisies par le souscripteur constituant la couverture complémentaire à adhésion obligatoire pour chaque participant et pour ses ayants droit si cette extension a été souscrite.

Cette garantie de base obligatoire peut être complétée par une garantie surcomplémentaire à adhésion facultative définie par le souscripteur et à laquelle adhère le membre participant pour lui-même et éventuellement ses ayants droit, dont le niveau est fonction de celui de la garantie de base.

Les prestations servies au titre des garanties de base obligatoires et le cas échéant des garanties surcomplémentaires à adhésion facultative le sont dans le respect des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale relatives au contrat responsable, et aux articles d'application R.871-1 et R.871-2 du même code.

20.2. Assiette des prestations

En fonction des garanties de base obligatoires librement choisies par le souscripteur et des éventuelles garanties surcomplémentaires à adhésion facultative auxquelles le membre participant a adhéré, les prestations de la mutuelle sont déterminées selon diverses références et formalisées dans les Conditions Particulières. Le contrat prend en charge, dans la limite du niveau de garanties, le remboursement :

- Des frais restant à charge après remboursement de la Sécurité sociale pour les actes faisant l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale,
- De soins médicalement prescrits à caractère thérapeutique non pris en charge par la Sécurité Sociale prévus aux conditions particulières,
- De soins pris en charge dans le cadre de forfaits spécifiques prévus aux conditions particulières,
- Des dépenses de prévention mentionnées aux conditions particulières.

Pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale, le niveau des prestations est établi en fonction de la codification des actes médicaux, du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base de remboursement de la Sécurité sociale ou ticket modérateur), et de la législation en vigueur à la date des soins. Le montant retenu pour les dépenses engagées est celui déclaré à la Sécurité sociale et figurant sur le décompte de prestation de cet organisme ou, en l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale, celui facturé à l'assuré.

Les demandes de prestations doivent être adressées à la mutuelle dans un délai maximum de 6 mois à compter de la date des soins.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ou de votre part entrainera la nullité de l'assurance et la déchéance de tous droits aux prestations.

20.3. Limites des remboursements

Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne donnent pas lieu à remboursement de notre part, conformément à l'article L 871-1 du Code de la sécurité sociale.

Le total des remboursements, de ceux de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

En tout état de cause, le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés par le membre participant, sous déduction des remboursements versés par la caisse d'assurance maladie, par tout autre organisme complémentaire, de la contribution forfaitaire et des franchises médicales.

La garantie accordée à l'ayant droit affilié à un régime d'assurance maladie autre que celui de l'assuré ne peut dépasser celle qui aurait été accordée s'il avait bénéficié du régime social de l'assuré.

Les forfaits ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Ainsi, un forfait non utilisé sur une année ne sera pas reporté sur l'année suivante.

Le montant, la durée ou le nombre d'actes remboursables peuvent être plafonnés pour certaines garanties tels que précisés aux conditions particulières du présent contrat.

20.4. Soins engagés hors France

La mutuelle ne prend en charge que les soins effectués hors de France qui sont pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire français dont relève le membre participant ou son ayant droit.

Les remboursements seront effectués sur la base des tarifs français (notamment ceux résultant de la nomenclature des actes médicaux) pour le type d'actes ou de soins dont a bénéficié le membre participant ou un de ses ayants droit.

En aucun cas, le membre participant ou ses ayants droit ne pourront demander une indemnisation ou des remboursements sur la base des tarifs appliqués dans le pays où ils ont bénéficié des soins.
Les remboursements sont versés en France et en euros.

20.5 Exclusions

Ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge de la mutuelle les sinistres résultant notamment de faits de guerre ou de catastrophe naturelle.

Ces exclusions ne s'appliquent pas aux sinistres relevant des obligations de remboursement complémentaire de la mutuelle selon les dispositions du contrat responsable prévu par les articles R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Article 21. Règlement des prestations

Les prestations de la mutuelle viennent en complément des remboursements de la sécurité sociale française et sont payées en euros.

Pour pouvoir bénéficier des prestations, le souscripteur et le membre participant doivent être à jour de leurs cotisations et les droits du salarié doivent être ouverts, conformément aux dispositions du présent contrat.

Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur le compte du salarié, du bénéficiaire ou du professionnel de santé en cas de mise en œuvre du tiers payant. Ce règlement est conditionné :

- A la présentation des pièces justificatives suivantes :
 - Décomptes originaux, délivrés par le régime obligatoire d'assurance maladie ;
 - Originaux des factures acquittées, établies par l'établissement hospitalier, par l'établissement thermal, par les praticiens ;
 - Photocopies des notifications du régime obligatoire concernant le refus de la prise en charge des actes, ainsi que la note d'honoraires codifiant les soins dispensés.
- En relation directe avec les organismes gestionnaires du régime d'assurance maladie obligatoire

Dans tous les cas de figure, des justificatifs originaux pourront être exigés, notamment :

- Pour les frais de santé particuliers, comme l'hospitalisation médicale ou chirurgicale, les frais d'optique, les cures thermales, la maternité, ...,
- Pour les actes refusés, mais codifiés par le régime obligatoire ;
- Pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire (pharmacie, médecines douces...).

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la mutuelle est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes d'assurance maladie obligatoire ou à défaut la date d'exécution des soins ou la date d'achat des produits.

Article 22. Tiers payant

Le service du tiers payant qui permet d'être dispensé de tout ou partie de l'avance des frais est accordé aux assurés pour les dépenses engagées auprès des professionnels de santé lorsque des conventions ont été conclues entre ces professionnels et la mutuelle.

Le bénéfice du tiers payant peut être conditionné au respect par le professionnel de santé de tarifs maximums ainsi que des tarifs contractuels, le cas échéant, dans des réseaux de soins.

En cas de radiation des effectifs, le membre participant doit sans délai nous retourner à la mutuelle sa carte de tiers payant santé.

Article 23. Contrôle médical des prestations

La mutuelle se réserve le droit d'effectuer tout contrôle médical qu'elle juge nécessaire pour tout assuré demandant des prestations afin de se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations. En cas de refus d'un assuré de répondre à ce contrôle, le paiement des prestations pourra être suspendu tant qu'il n'aura pas justifié sa situation médicale.

En cas de contestation de la décision de refus de versement des prestations de la mutuelle liée à ces contrôles, l'assuré devra adresser dans les trente jours suivant la notification de la décision de la mutuelle, une lettre recommandée mentionnant le nom du médecin chargé de le représenter dans une entrevue amiable avec le médecin conseil de la mutuelle.

En cas de désaccord, il sera formé une commission d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal de grande instance de la résidence de l'assuré, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par les deux parties.

CHAPITRE VI - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 24. Subrogation

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, par application des dispositions de l'article L.224-9 du Code de la mutualité et pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, la mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Article 25. Prescription

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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,

En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Lorsque l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. 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 souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le membre participant, le bénéficiaire, ou l'ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais visés aux alinéas ci-dessus ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

Article 26. Clause attributive

Tout différend entre la mutuelle et le souscripteur est de la compétence des tribunaux du siège social de la mutuelle.

Article 27. Médiation, réclamation

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des statuts et du contrat collectif, le membre participant peut s'adresser aux points d'accueil de la mutuelle distributrice du contrat Mutame Santé Entreprise par tout canal de communication à sa disposition. Les coordonnées du siège social de Mutame & Plus sont : 02 33 05 29 20 ou contact@mutame-plus.fr. Le membre participant peut également s'adresser le courrier au siège social de la mutuelle située :

MUTAME & PLUS
4 rue Emile Enault
CS 72208
50008 Saint-Lô

Lorsque toutes les voies de recours internes ont été épuisées, le membre participant peut avoir recours au service du médiateur désigné par la Fédération Nationale de la Mutualité Française. La saisine du médiateur doit être réalisée par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à l'attention du médiateur et envoyée au siège social de la mutuelle. À ce titre la mutuelle s'engage à respecter les avis du médiateur fédéral.

Article 28. Loi informatique et libertés

Les informations concernant le membre participant et ses ayants droit sont utilisées conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, complétées par la loi du 6 août 2004 relative à « la protection des données à caractère personnel ». Les données sont exclusivement communiquées aux différents services de la mutuelle et, le cas échéant, à ses mandataires, ses réassureurs ou aux organismes professionnels concernés par le présent contrat, dans la seule hypothèse où la communication des données à caractère personnel est strictement nécessaire à l'exécution du présent contrat.

Conformément aux dispositions légales, le membre participant, ou le cas échéant ses ayants droit et bénéficiaires, disposent d'un droit d'opposition fondé sur des motifs légitimes, d'un droit d'accès et de communication, d'un droit de rectification avec possibilité de compléter, mettre à jour ou verrouiller, d'un droit de modification et de suppression des données le concernant, auprès du siège social de la mutuelle.

Article 29. Autorité de tutelle

Conformément au code de la mutualité, la mutuelle est soumise à l'Autorité de contrôle prudentielle et de résolution (ACPR), sise 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09 – www.acpr.banque-france.fr.