

CENTRE INTERDEPARTEMENTAL DE GESTION GRANDE COURONNE

Notice d'information

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**

CHAPITRE 1 - PREAMBULE	3
CHAPITRE 2 – DISPOSITIONS GENERALES	4
Article 1. Risques couverts	4
Article 2. Bénéficiaires des prestations	4
Article 3. Information des membres participants	5
Article 4. Prise d’effet, durée et renouvellement du contrat.....	5
Article 5. Révision des garanties	5
Article 6. Prise d’effet et durée de l’assurance.....	6
Article 7. Conditions d’affiliation et formalités	7
Article 8. Tiers payant.....	7
Article 9. Devis et expertise à la demande de la MNT.....	8
Article 10. Réticence et fausse déclaration.....	8
Article 11. Prescription.....	8
Article 12. Subrogation	8
Article 13. Réclamations- Médiation.....	9
Article 14. Représentation des membres participants au sein des Mutuelles co-assureurs.....	9
Article 15. Protection des données à caractère personnel - passation gestion et exécution des contrats d’assurance.....	9
CHAPITRE 3 – COTISATIONS	11
Article 16. Taux et assiette de cotisation	11
Article 17. Paiement de la cotisation	11
Article 18. Non-Paiement de la cotisation	11
CHAPITRE 4 – GARANTIES FRAIS DE SANTE	12
Article 19. Objet et montant.....	12
Article 20. Bénéficiaire de la garantie Frais de santé	12
Article 21. Définition des prestations	12
Article 22. Limite des remboursements	13
Article 23. Etendue territoriale des garanties	13
Article 24. Risques exclus.....	14
Article 25. Règlement des prestations.....	14
CHAPITRE 5 – GARANTIES ANNEXES	15
Article 26. Accès au fonds social de la Mutuelle Nationale Territoriale.....	15
Article 27. Garantie Harmonie Santé Services.....	15
Article 28. Garantie Harmonie Protection Juridique	15
Article 29. Téléconsultation « MAIIA »	15

CHAPITRE 1 - PREAMBULE

Le contrat collectif de Santé est conclu entre :

- D'une part : la collectivité, dont la dénomination sociale est mentionnée à la Convention d'adhésion à la Convention de Participation à la Protection Sociale complémentaire 2019-2024 souscrite par le CIG Grande Couronne ;
- D'autre part :
 - o la Mutuelle Nationale Territoriale, organisme co assureur du contrat, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé 4 rue d'Athènes, 75009 PARIS, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584
 - o Harmonie Mutuelle, organisme co-assureur du contrat, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 143, rue Blomet, 75015 PARIS, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 538 518 473.

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

Les organismes assureurs sont désignés, aux fins des présentes « les Mutuelles co-assureurs ».

Le présent contrat est souscrit par la collectivité auprès des Mutuelles co-assureurs, en liaison avec la convention de participation conclue par le Centre Interdépartemental de Gestion de la Grande Couronne avec les Mutuelles co assureurs, pour le compte de la collectivité et à laquelle il a adhéré.

La collectivité 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 d'adhésion à la convention de participation de Protection Complémentaire Santé.

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

La résiliation pour quelque cause que ce soit ou le terme de la convention de participation entraîne automatiquement, à la même date, la résiliation du contrat collectif de Santé. De même, la dénonciation de l'adhésion de la collectivité à la convention de participation entraîne, automatiquement, à la même date, résiliation du contrat collectif de Santé. La collectivité est tenue d'en informer ses agents.

La **Mutuelle Nationale Territoriale** est désignée comme **apéristeur**.

L'apéristeur est l'interlocuteur unique de la personne morale souscriptrice pour l'exécution du présent contrat. L'apéristeur est chargé d'accomplir les missions suivantes :

- émission et signature du contrat collectif et de ses avenants,
- émission et diffusion auprès du Centre Interdépartemental de Gestion des notices d'information.

Par ailleurs **Harmonie Mutuelle** est désignée comme **gestionnaire** du contrat ; à ce titre, elle est chargée d'accomplir les missions suivantes :

- émission des appels de cotisations, encaissement et recouvrement des cotisations,
- instruction des dossiers de demandes de prestations
- liquidation des prestations
- gestion habituelle et suivi administratif de la souscription et des affiliations.

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

Le contrat est régi par les dispositions du Code de la Mutualité et par les statuts de l'apéristeur.

Les Membres Participants sont, du fait de leur adhésion au contrat, soumis aux dispositions des statuts de l'apéristeur ; la présente notice d'information qui leur est remise par la collectivité définit notamment les garanties du contrat ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur.

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



CHAPITRE 2 – DISPOSITIONS GENERALES

Article 1. Risques couverts

Les présentes dispositions s'appliquent aux agents de la collectivité définies ci-après dénommés « les membres participants » ou « le Groupe Assuré ».

Le contrat a pour objet :

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

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

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 ayants 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.

Article 2. Bénéficiaires des prestations

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

Sont également couverts les ayants droit des Membres Participants, ci-après dénommés « les Bénéficiaires », de manière facultative, qui bénéficient des prestations sans en être membres :

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



- Ses enfants légitimes, naturels reconnus ou adoptés, à sa charge ou celle de son conjoint, et qui au 1er janvier de l'année en cours :
 - sont âgés de moins de 18 ans
 - sont âgés de moins de 21 ans et rattachés fiscalement au membre participant ou à son conjoint
 - sont âgés de moins de 21 ans et en recherche d'emploi et inscrits à ce titre à Pole Emploi
 - sont âgés 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,
 - 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, et à condition que leur état d'invalidité soit reconnu avant l'âge de 21 ans,
- ses ascendants : fiscalement à charge et vivant sous le toit du membre participant.

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.

Article 3. Information des membres participants

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

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

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, la collectivité est tenue d'en informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par les Mutuelles co-assureurs et communiquée par cette dernière au moins 3 mois avant la date d'entrée en vigueur. Du fait de ces modifications, les membres participants peuvent, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer leur adhésion au contrat.

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

Article 4. 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 à la Convention d'adhésion à la Convention de Participation de Protection Sociale complémentaire 2024-2029 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 la collectivité :

Après expiration d'un délai de 12 mois à compter de la souscription du contrat, la collectivité dispose en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que la Mutuelle gestionnaire en a 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 de la collectivité :

- 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 les Mutuelles co-assureurs proposent la souscription du contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

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

Le contrat peut être résilié par les Mutuelles co-assureurs sous réserve de respecter un préavis de six mois qui précède la date d'échéance.

Article 5. Révision des garanties

Par application de l'article L112-3 du code des assurances, la modification des garanties proposée par les Mutuelles co-assureurs 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. Les Mutuelles co-assureurs informent par écrit le Centre Interdépartemental de Gestion des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix. Le Centre Interdépartemental 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 la collectivité.

Le Centre Interdépartemental de Gestion est tenu d'en informer les collectivités du choix opéré. La collectivité est tenue d'en informer les agents.



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

A l'adhésion de la Collectivité à la Convention de Participation

Si l'agent adhère à la date d'effet de sa collectivité à la convention de participation, son adhésion prend effet à la date fixée sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt à la date d'effet de l'adhésion de sa collectivité.

En cours de contrat

Si l'agent adhère ultérieurement à l'adhésion de sa collectivité à la convention de participation, son adhésion prends effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle gestionnaire.

Changement de niveau de garanties :

Le membre participant ou les bénéficiaires peuvent changer de régime en cas d'adhésion préalable à un niveau depuis au moins une année. Ce changement de régime prendra effet au 1er jour du mois suivant le délai de deux mois d'envoi de la demande de modification. La prime applicable est celle résultant de la nouvelle formule de garantie à la date d'effet des nouvelles 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 la collectivité et les Mutuelles co-assureurs ;
 - à la date à laquelle il ne fait plus partie du Groupe Assuré couvert par le contrat, ou cesse d'appartenir à l'effectif de la collectivité ;
 - liquidation de la pension vieillesse de son régime obligatoire pour les agents en activité de service, sauf à adhérer en qualité de retraité.
 - au décès du Membre Participant,
 - non-paiement des cotisations (Article 18 de la présente notice),

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 gestionnaire atteste par écrit la réception de la demande de résiliation.

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

La Mutuelle gestionnaire 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.

▪ **pour chaque Bénéficiaire :**

- à la date de survenance du premier des évènements suivants :
 - à la date de cessation des garanties du Membre Participant.
 - au 31 décembre de l'année au cours de laquelle les enfants à charge ne répondent plus aux conditions leur conférant cette qualité ;
 - au 1^{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

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/ou celle 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.

Maintien de la couverture

- **Maintien des garanties en cas d'indemnisation par le régime d'assurance chômage**
En fonction du statut des membres participants, ceux-ci et leurs Ayants-droits bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :
Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois,
Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez l'Employeur,
Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur chez l'Employeur,
L'Assuré justifie auprès de l'Assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions de sa situation,
L'Employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'Assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée en amont.



- **Maintien des garanties en cas de changement d'employeur**
 - Cas de l'article L 5111-7 du code général des collectivités locales.
Si les Assurés changent d'employeur en application d'une réorganisation, le nouvel employeur est substitué de plein droit à l'ancien pour la convention de participation et le présent contrat collectif d'assurance conclus par ce dernier avec les Mutuelles co-assureurs. 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 les Mutuelles co-assureurs. Ceux-ci peuvent convenir d'une échéance de la convention du contrat, antérieures à celles stipulées, dans le but d'harmoniser le régime des participations applicables aux agents. Les Mutuelles co-assureurs sont informées 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 les Mutuelles co-assureurs.
 - Autre cas.
En cas de départ du membre participant de l'effectif de la collectivité, pour une cause autre qu'un départ en retraite pour lequel les garanties restent acquises, l'Assureur ne peut refuser de maintenir les garanties au membre participant qui en fait la demande, et sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration. Le maintien des garanties par les Mutuelles co-assureurs s'effectue sans réduction de celles-ci, ni révision des taux de cotisation. La demande de maintien des garanties doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai d'un mois à compter de la date de départ du membre participant.
- **Maintien des garanties en cas de suspensions d'activités rémunérées ou indemnisées :**
Le bénéfice des garanties du présent 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 la collectivité, versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers
D'un revenu de remplacement versé par la collectivité. 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 la collectivité (reclassement, mobilité...)

La collectivité 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.
- **Maintien spécifique et individuel des garanties**
Les garanties et les cotisations peuvent être maintenues à titre individuel sous réserve que les agents concernés en fassent la demande expresse à la Mutuelle gestionnaire dans le mois suivant la cessation de leur fonction, en cas de :
 - Détachement – Indisponibilité
 - Congé parental
 - Congé sans solde
 - Congé pour présence parentale ou pour accompagnement d'une personne en fin de vie
 - Congé sabbatique visé aux articles L. 3142-8 et suivants du code du travail
 - Congé pour création d'une entreprise visé aux articles L. 3142-105 et suivants du code du travail.
- **Maintien des garanties selon les situations des membres participants**
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.

Article 7. Conditions d'affiliation et formalités

Chaque Membre Participant ou Bénéficiaire est affilié au contrat sur la foi des déclarations effectuées par la collectivité. Les Mutuelles co-assureurs ne se trouvent engagées que par les déclarations et pièces transmises par la collectivité.

Dans le mois qui suit la date d'effet des garanties, la collectivité doit communiquer à la Mutuelle gestionnaire 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 la collectivité et la Mutuelle gestionnaire.

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

Article 8. Tiers payant

Lorsque les Mutuelles co-assureurs pratiquent le tiers payant sur les participations Sécurité sociale et mutuelle, l'adhésion aux Mutuelles co-assureurs entraînent ipso facto délégation du Membre Participant et des Bénéficiaires au profit des Mutuelles co-assureurs, 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 présent contrat leur permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, dans le cadre des règles afférentes au contrat responsable.

La carte d'adhérent remise au membre participant permet le tiers payant avec ces professionnels de santé et l'obtention le cas échéant, de prises en charge des médicaments, des hospitalisations ou des consultations de médecine de ville.

Cette carte reste la propriété des Mutuelles co-assureurs et doit être restituée dans les quinze jours du départ du membre participant de la collectivité.

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

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

Les Mutuelles co-assureurs peuvent également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale du Membre Participant. Dans ce cas, les frais d'honoraires liés à des opérations d'expertise seront à la charge exclusive des Mutuelles co-assureurs.

Article 10. Réticence et fausse déclaration

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

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

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

Article 11. Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre Participant, que du jour où les Mutuelles co-assureurs en ont 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 les Mutuelles co-assureurs 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 de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressé par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant ou le bénéficiaire à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

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

Article 12. Subrogation

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

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par l'organisme mutualiste



n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

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

Article 13. Réclamations- Médiation

Pour toute réclamation liée à l'application du présent contrat, l'adhérent peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et les Mutuelles co-assureurs.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, l'adhérent peut saisir la Mutuelle gestionnaire à l'adresse suivante : **Harmonie Mutuelle - Service Relation Qualité Adhérents – CS81021 – 49010 Angers Cedex 01.**

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 été ou non répondu, l'adhérent peut saisir le Médiateur :

- Soit par courrier à l'adresse suivante : Médiateur de la consommation auprès de la Mutuelle **HARMONIE MUTUELLE – 4,6 rue Victor Massé – 56100 Lorient** ou à **Centre de Médiation Médicys – 73 Boulevard de Clichy – 75009 Paris.**
- Soit en ligne à l'adresse suivante : <https://www.mediation.harmonie-mutuelle.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.

Article 14. Représentation des membres participants au sein des Mutuelles co-assureurs

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

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

Dans le cadre de ses activités, la Mutuelle gestionnaire réalise différents traitements de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses ayants-droits 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 gestionnaire et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être transmises à l'apériteur, à des sous-traitants et partenaires contribuant à la réalisation de ces finalités.

Aux fins des intérêts légitimes des Mutuelles co-assureurs à garantir aux membres participants des services de qualité, la Mutuelle gestionnaire partage avec l'apériteur des informations à caractère personnel facilitant l'identification des membres participants, le calcul des cotisations mais surtout le versement des prestations. Les données sont collectées par la Mutuelle gestionnaire et partagées de manière sécurisée au travers d'Espaces Web. Les données échangées sur ces espaces web y sont conservées pendant deux ans à compter de la cessation de la relation contractuelle avec les Mutuelles co-assureurs. La Mutuelle gestionnaire, selon les traitements considérés, agit en qualité de responsables des traitements qu'elles réalisent dans le cadre de la gestion globale des services liés au contrat porté par les Mutuelles co-assureurs. Les adhérents peuvent exercer leurs droits auprès du délégué à la protection des données (DPO) de la Mutuelle gestionnaire pour l'ensemble des traitements.



Dans certains cas, la Mutuelles co-assureurs, pour utiliser ses données personnelles, doivent 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. Les Mutuelles co-assureurs l'informeront 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. Les Mutuelles co-assureurs informeront alors le membre participant et, si nécessaire, lui demanderont 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 les Mutuelles co-assureurs.

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 gestionnaire par mail à l'adresse dpo@harmonie-mutuelle.fr ou par courrier postal adressé à Harmonie Mutuelle – Service DPO – 29 quai François Mitterrand - 44273 Nantes cedex 2.

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>.

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/>

CHAPITRE 3 – COTISATIONS

Article 16. Taux et assiette de cotisation

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

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.

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

Article 17. Paiement de la cotisation

La collectivité 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 la collectivité mensuellement au Membre Participant.

- Pour le personnel Actifs :

Pour les membres participants en activité, la collectivité est tenue 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 et autres inactifs :

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.

Article 18. Non-Paiement de la cotisation

Non-paiement des cotisations précomptées sur salaire

Conformément aux dispositions de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour la Mutuelle d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de la collectivité et de poursuivre en justice l'exécution du Contrat, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après l'envoi par la Mutuelle gestionnaire à la collectivité, d'une lettre recommandée avec avis de réception constituant une mise en demeure. Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à la collectivité, la Mutuelle gestionnaire 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 la collectivité susceptible d'entraîner la résiliation du contrat, sauf s'il entreprend de se substituer à la collectivité pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle gestionnaire 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 gestionnaire.

Non-paiement des cotisations prélevées sur compte bancaire

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

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

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

Défaut de paiement de la participation financière de la collectivité

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



CHAPITRE 4 – GARANTIES FRAIS DE SANTE

Article 19. Objet et montant

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

L'étendue et le montant des garanties sont précisés en annexe : 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.

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

Article 20. Bénéficiaire de la garantie Frais de santé

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

Article 21. Définition des prestations

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 gestionnaire 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 les Mutuelles co-assureurs sont fonction du descriptif et du niveau des garanties précisés en annexe.

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

Les garanties respectent les exclusions et obligations minimales et maximales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale conférant ainsi à ces garanties leur caractère responsable. En cas d'évolution de la législation relative aux « contrats responsables », la procédure de mise en conformité visée à l'Article 5 de la présente notice sera mise en œuvre.

Précisions concernant certaines prestations :

1. **Forfait journalier** : prévu par l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale, il est remboursé sans limitation par la mutuelle lorsqu'il est dû par l'assuré en cas d'hospitalisation au sein d'un établissement hospitalier (médecine, chirurgie). En revanche, ce forfait n'est pas remboursé en cas d'admission dans un établissement médico-social visé par l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.
2. **Frais accompagnant** : la prestation est accordée, pendant 60 jours au maximum par séjour, à la personne, accompagnant durant un minimum d'une nuitée, 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.
3. **Hospitalisation** : les règles s'appliquent sauf dispositions plus favorables prévues par convention entre la MNT et l'établissement d'hospitalisation. Frais de séjour chirurgie : lorsque le prix de journée facturé par l'établissement excède celui pris en considération par la CPAM, remboursement de la somme laissée à la charge de l'adhérent dans la limite de 20 % du tarif de responsabilité de la Caisse de Sécurité sociale du lieu de résidence.
4. **Optique** : Les verres sont définis conformément au décret contrat responsable n°2019-21 du 11 janvier 2019. Le décret indique également les planchers et les plafonds de remboursement pour les équipements (verres et montures) selon les catégories de verres. En tout état de cause, le montant des montures est plafonné à 100 euros (remboursement de la sécurité sociale incluse). Le contrat prévoit une prise en charge limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans pour les personnes de plus de 16 ans.
Cette période est fixe et ne peut donc être ni réduite ni allongée. Elle s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique précédent.



Dérogations :

- ↳ Pour les plus de 16 ans : renouvellement en cas d'évolution de la vue uniquement (y compris par l'opticien) après une période d'un an, et sous conditions de variations minimales de la correction) ; renouvellement en cas de raisons médicales sans délai minimal et sur prescription médicale.
- ↳ Pour les enfants jusqu'à 15 ans : un équipement par an ; renouvellement sans délai minimal en cas d'évolution justifiée par une prescription médicale

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

5. **Participation forfaitaire et Franchise médicale**

Participation forfaitaire : en application de l'article L.160-13 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.160-13-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 sur un registre professionnel du praticien sera exigé.
8. **Allocation maternité (ou adoption)** : le montant de cette prestation, indiqué au tableau des prestations, est attribué à tout membre participant dont l'inscription de l'enfant à la mutuelle est effectuée dans les deux mois suivant la naissance ou l'adoption

Article 22. Limite des remboursements

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L.224-8 du Code de la Mutualité, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Membre Participant ou des Bénéficiaires, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite le Bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

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 MNT sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

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

Article 23. Etendue territoriale des garanties

L'assurance s'applique aux seuls frais exposés en France ou à l'étranger à condition que le régime d'assurance maladie obligatoire du membre participant les prenne en charge, et selon la codification qu'elle a appliquée. Dans ce dernier cas, le remboursement se fait sur la base du tarif de responsabilité des régimes d'assurance maladie obligatoire français.

Les règlements sont effectués en France et en Euros.



Article 24. Risques exclus

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

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

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

Article 25. Règlement des prestations

Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations sont :

- Les dates de facturation pour la pharmacie, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins, la contraception féminine ;
- Les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et paramédicaux, le dentaire, les examens de pré traitements et de contention en orthodontie, la médecine douce telle que définie dans le tableau descriptif de la garantie choisie, les transports en ambulance et véhicule sanitaire léger, la chirurgie correctrice de l'œil, les honoraires de médecins, les analyses et examens, et la participation forfaitaire ;
- Les dates de début et de fin de séjour pour :
 - ↳ les cures thermales,
 - ↳ L'hospitalisation ou la maternité.
- La date de naissance ou d'adoption pour l'allocation naissance sous réserve d'inscription au contrat ;
- Les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie.

Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- Des originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;
- Des documents nécessaires à la Mutuelle gestionnaire pour connaître le montant des dépenses engagées par le membre participant ou ses ayants droit (note d'honoraires, factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif) ;
- Si nécessaire, des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit.

Pour les garanties pour lesquelles il est nécessaire de connaître la position de la dent et le matériau utilisé, un devis ou une facture détaillée doit être fourni(e) à la Mutuelle gestionnaire. En leur absence les prestations seront calculées sur la base du remboursement minimal prévu par le tableau descriptif des garanties.

Le membre participant ou ses ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations par l'assurance maladie obligatoire lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la Mutuelle gestionnaire par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la Mutuelle gestionnaire sans avoir recours aux originaux des décomptes reçus par le membre participant ou ses ayants droit, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre mutuelle » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque le membre participant ou ses ayant droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la Mutuelle gestionnaire des décomptes de prestations émis par l'assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

Information et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros. Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué au membre participant ou à la personne qu'il a désigné.

Les remboursements convenus aux présentes garanties sont adressés aux professionnels de santé ou établissements hospitaliers, dans le cas où une procédure de tiers payant a été mise en œuvre par ces professionnels de santé et/ou ces établissements hospitaliers pour éviter au membre participant ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais.

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



CHAPITRE 5 – GARANTIES ANNEXES

Article 26. Accès au fonds social de la Mutuelle Nationale Territoriale

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.

Article 27. Garantie Harmonie Santé Services

Cette garantie est délivrée par Ressources Mutuelles Assistance (R.M.A), entreprise d'assurance régie par le Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 46 rue du Moulin – CS32427 – 44124 VERTOU CEDEX, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 444 269 682.

Les Membres Participants et Bénéficiaires sont affiliés au contrat d'assurance de groupe souscrit par Harmonie Mutuelle auprès de R.M.A. (Ressources Mutuelles Assistance).

En qualité de Souscripteur du contrat, la Mutuelle gestionnaire remet à chaque Membre Participant la notice d'information relative à celui-ci établie par R.M.A. R.M.A est seule responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

Article 28. Garantie Harmonie Protection Juridique

Cette garantie est délivrée par CFDP ASSURANCES, entreprise d'assurance régie par le Code des Assurances, dont le siège social est situé Immeuble l'Europe – 62 rue Bonnel – 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Lyon sous le numéro 958 506 156 B.

Les Membres Participants et Bénéficiaires sont affiliés au contrat d'assurance de groupe souscrit par Harmonie Mutuelle auprès de CFDP ASSURANCES.

En qualité de Souscripteur du contrat, la Mutuelle gestionnaire remet à chaque Membre Participant la notice d'information relative à celui-ci établie par CFDP ASSURANCES

CFDP ASSURANCES est seule responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

Article 29. Téléconsultation « MAIIA »

Les Membres Participants et leurs bénéficiaires peuvent bénéficier d'un service de téléconsultation délivré par la société SAS TBNO Invest sous la marque MAIIA.

La SAS TBNO Invest, filiale du Groupe VYV, est un acteur majeur de la téléconsultation en France engagé dans l'amélioration de notre système de santé. Ses solutions innovantes simplifient la mise en relation entre patients et professionnels de santé et favorisent l'accès aux soins pour tous.

Conformément au mandat qui lui est donné par la SAS TBNO Invest, la Mutuelle gestionnaire encaisse auprès de ses membres participants la part de cotisation relative à ce service et la reverse à la SAS TBNO Invest.

La SAS TBNO Invest est seule responsable des services délivrés au titre de ce contrat.

La SAS TBNO Invest est une société immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 529 134 942, dont le siège social est situé 1120 Route de Gémenos - Centre d'Affaires Alta Rocca - Bâtiment C 13400 Aubagne.





TABLEAU DE GARANTIES

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2024

	NIVEAUX DE GARANTIES		
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
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. Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100 % du tarif responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20 % du tarif responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie			
Consultations, visites : généralistes	100 %	125 %	250 %
- Praticien adhérent à un DPTAM	100 %	105 %	200 %
- Praticien non-adhérent à un DPTAM			
Consultations, visites : spécialistes	150 %	175 %	250 %
- Praticien adhérent à un DPTAM	130 %	155 %	200 %
- Praticien non-adhérent à un DPTAM			
Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)			
Médicaments à SMR important	100 %	100 %	100 %
Médicaments à SMR modéré	100 %	100 %	100 %
Médicaments à SMR faible	100 %	100 %	100 %
Vaccins	100 %	100 %	100 %
Contraception sur prescription	100 %	100 %	100 %
Substituts nicotiques	100 %	100 %	100 %
Analyses et examens			
Actes techniques médicaux et autres actes	100 %	125 %	200 %
- Praticien adhérent à un DPTAM	100 %	105 %	180 %
- Praticien non-adhérent à un DPTAM	100 %	125 %	200 %
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux	100 %	125 %	200 %
Analyses et examens de laboratoires			
Matériel médical			
Matériel, pansements, accessoires, appareillage, grand appareillage, prothèses	220 %	220 %	300 %
Frais d'entretien	100 %	100 %	100 %
Protection santé mentale			
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100 %	100 %	100 %
Honoraires de psychologues non remboursés par l'Assurance maladie	100 €	100 €	100 €
Garantie assistance psychologie (par téléphone ou présentiel - 10 séances/bénéficiaire)	Oui	Oui	Oui
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie			
Participation assurés actes > 120 €	Oui	Oui	Oui
Contraceptif prescrit	30 €/An	30 €/An	30 €/An
Produits homéopathiques (par an)	50 €/An	50 €/An	50 €/An
Médecines douces (par an) : acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étioopathes, homéopathes, mésothérapeutes, micro-kinésithérapeutes, nutritionnistes, ostéopathes, pédicures, podologues, psychomotriciens, réflexologues, substituts nicotiques.	45 €/An	135 €/An	165 €/An
Aides auditives			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR/TRSS/TA), ou/et en forfaits. 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 prise en charge renforcée			
Équipement complet	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Remboursement par aide auditive (y compris base de remboursement)	1 000 €	1 350 €	1 700 €
Piles remboursées par la sécurité sociale	100 %	100 %	100 %
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. Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100 % du tarif responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20 % du tarif responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie			
Honoraires médicaux et chirurgicaux	150 %	300 %	300 %
- Praticien adhérent à un DPTAM	130 %	200 %	200 %
- Praticien non-adhérent à un DPTAM			
Actes de spécialités	150 %	300 %	300 %
- Praticien adhérent à un DPTAM	130 %	200 %	200 %
- Praticien non-adhérent à un DPTAM	100 %	100 %	150 %
Frais de séjour	100 %	100 % + 100 €	100 % + 150 €
Soins thermaux (par séjour)			
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie			
Participation du patient actes > 120 €	Oui	Oui	Oui
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière (par jour et selon durée non limitée)	42 €	76 €	100 €
Chambre particulière en ambulatoire	15€/Jour	15€/Jour	15€/Jour
Forfait accompagnant enfant de moins de 16 ans (par jour, limité à 60 jours par séjour)	15 €	15 €	15 €
Optique			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR/TRSS/TA), ou/et en forfaits. 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			
Équipement 100 % Santé appartenant à une prise en charge renforcée			
Équipement complet	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Remboursement de l'équipement (limité à 100 € pour la monture)			
a) Équipement à verres simples	150 €	270 €	370 €
b) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	200 €	360 €	493 €
c) Équipement à verres complexes	250 €	450 €	617 €
d) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	218 €	392 €	537 €
e) Équipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	268 €	482 €	661 €
f) Équipement à verres très complexes	286 €	514 €	705 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime obligatoire - Cumulable avec le forfait lunette	180 €	380 €	480 €
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie			
Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	100 €	150 €	300 €
Correction des défauts visuels par toutes les chirurgies de l'œil (par œil)	180 €	420 €	580 €
Dentaire			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR/TRSS/TA), ou/et en forfaits.			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie			
Honoraires - Soins dentaires	100 %	150 %	200 %
Traitement d'orthodontie	190 %	235 %	300 %
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	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	150 %	300 %	400 %
Panier de soins aux tarifs libres	150 %	300 %	400 %
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie			
Traitement d'orthodontie (par an) (% BR reconstitué)	90 %	135 %	180 %
Implant (par implant avec limite de 3 implants pan)	180 €	380 €	480 €
Autres prestations			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR/TRSS/TA), ou/et en forfaits.			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie			
Actes de prévention (7 actes)			
Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de moins de 14 ans)	100 %	100 %	100 %
Détartrage annuel complet	100 %	100 %	100 %
Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	100 %	100 %	100 %
Dépistage hépatite B	100 %	100 %	100 %
Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	100 %	100 %	100 %
Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	100 %	100 %	100 %
Vaccins (sur liste)	100 %	100 %	100 %
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie			
Allocation naissance ou adoption	100 €	100 €	100 €
Assistance	Oui	Oui	Oui