

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE  
COMPLÉMENTAIRE SANTÉ À  
ADHÉSION OBLIGATOIRE

# CONDITIONS GÉNÉRALES

## VIVACTIV



*Entre nous, c'est humain*



# SOMMAIRE

## Chapitre I : Dispositions générales

### Article 1 : Objet et architecture contractuelle

### Article 2 : Vie du contrat

Article 2-1 : Date d'effet et durée du contrat

Article 2-2 : Modification du contrat

Article 2-3 : Résiliation du contrat

### Article 3 : Affiliation

Article 3-1 : Adhérents

Article 3-2 : Ayants-droit

Article 3-3 : Obligations du Souscripteur

Article 3-4 : Obligations des Membres Participants

### Article 4 : Obligations d'information

Article 4-1 : Obligations du Souscripteur envers les adhérents : Notice d'information

Article 4-2 : Obligations d'information du Souscripteur envers La Mutuelle en cas de modification de sa situation juridique, sauvegarde ou redressement judiciaire

Article 4-3 : Obligations d'information de La Mutuelle envers Le Souscripteur relative aux frais de gestion et d'acquisition

### Article 5 : Prescription

### Article 6 : Subrogation

### Article 7 : Clause de sauvegarde

### Article 8 : Dispositions diverses relatives aux contrôles

Article 8-1 : Contrôle médical

Article 8-2 : Fausse déclaration

Article 8-3 : Réclamations

Article 8-4 : Médiation des litiges de la consommation

Article 8-5 : Autorité de contrôle

Article 8-6 : Loi Informatique et Libertés

## Chapitre II : Les Cotisations

### Article 9 : Fixation des cotisations

### Article 10 : Evolution des cotisations

Article 10-1 : Impôts et taxes

Article 10-2 : Révision annuelle

Article 10-3 : Révision en cas de modification de l'environnement légal et réglementaire

### Article 11 : Appel des cotisations

### Article 12 : Défaut de paiement des cotisations

## Chapitre III : Les Prestations

### Article 13 : Objet et étendue de la garantie

Article 13-1 : Objet de la garantie complémentaire santé

Article 13-2 : Prestations garanties

Article 13-3 : Base de remboursement

Article 13-4 : Actes non pris en charge par le Régime Obligatoire et actes antérieurs à l'adhésion

Article 13-5 : Limites des remboursements - principe indemnitaire

Article 13-6 : Évolution de la réglementation de l'Assurance Maladie

### Article 14 : Conformité au panier de soins ANI et caractère solidaire et responsable

Article 14-1 : Principes

Article 14-2 : Respect des obligations (le cas échéant, plafonnées) de prise en charge de la couverture minimale et du contrat responsable

Article 14-3 : Distinction entre le remboursement des consultations et actes dispensés par les médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS) ou à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO) et ceux dispensés par les médecins n'y ayant pas adhéré

Article 14-4 : Définitions, conditions et modalités d'utilisation du "forfait lunettes"

Article 14-5 : Exclusions au titre du caractère responsable du contrat

# SOMMAIRE

## **Article 15 : Date d'effet de la couverture**

Article 15-1 : Adhérent

Article 15-2 : Ayants-droit

## **Article 16 : Règlement des prestations**

## **Article 17 : Fin de la couverture**

## **Article 18 : Maintien des garanties**

Article 18-1 : En cas de suspension du contrat de travail

Article 18-2 : Au titre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « Loi Evin »

Article 18-3 : Au titre de l'article 5 de la Loi Evin

Article 18-4 : Au titre de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale – Dispositif de portabilité

- a. Conditions et bénéficiaires
- b. Prise d'effet et durée
- c. Cessation
- d. Obligation d'information du souscripteur
- e. Obligation d'information à la charge de l'ancien salarié

## **Glossaire**

# CHAPITRE I

## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### Article 1 : Objet et architecture contractuelle

Le présent contrat a pour objet de compléter le remboursement des frais de santé effectué par un régime obligatoire d'assurance maladie, en répondant

- aux exigences du panier dit « minimal » prévu par l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, transposé par la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi notamment à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale et précisé par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 dit « décret ANI » et, à ce titre,
- au nouveau cahier des charges des contrats responsables, édicté aux articles L.871-1 et R. 871-1 et suivant du Code de la sécurité sociale tels qu'issus des modifications introduites par l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 et le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014.

Ainsi, le présent contrat est à la fois « solidaire et responsable » et « ANI compatible ».

Le contrat est composé de deux parties indissociables :

- les Conditions Générales, d'une part, qui définissent les droits et obligations réciproques des parties, de manière commune à tous les contrats de la gamme **Vivactiv** ;
- les Conditions Particulières, d'autre part, qui matérialisent la souscription de l'entreprise au présent contrat. Elles adaptent et complètent les conditions générales notamment en définissant le niveau des garanties, les salariés et le cas échéant, leurs ayants droit couverts, les taux, assiettes et montants de cotisations. En cas de contradiction entre les conditions générales et les conditions particulières, ces dernières prévaudront.

Le présent contrat est régi par le Code de la Mutualité, et notamment son livre II.

\*\*\*

Mutualia Territoires Solidaires assure les garanties proposées par ce contrat ; elle est dénommée ci-après « Mutualia » ou « La Mutuelle ».

L'entreprise souscriptrice du présent contrat ainsi que les représentants des salariés de cette entreprise peuvent, si les statuts de La Mutuelle le permettent, acquérir la qualité de « Membre Honoraire ». L'entreprise souscriptrice est dénommée ci-après « Le Souscripteur ».

Les salariés du Souscripteur affiliés au contrat acquièrent la qualité de « Membres Participants » de La Mutuelle ; ils sont également dénommés ci-après « adhérents ».

### Article 2 : Vie du contrat

#### Article 2-1 : Date d'effet et durée du contrat

Le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières.

Il est souscrit dans le cadre de l'année civile à partir de sa date d'effet, coïncidant nécessairement au 1<sup>er</sup> jour d'un mois, et vient à échéance le 31 décembre de chaque année.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, par période d'un an, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties dans les conditions fixées à l'article 2-3 ci-dessous.

#### Article 2-2 : Modification du contrat

Toute modification du contrat sera constatée par l'émission et la signature d'un avenant.

Ces modifications sont portées à la connaissance des adhérents par Le Souscripteur dans les conditions prévues à l'article 4-1 des présentes conditions générales.

#### Article 2-3 : Résiliation du contrat

Le contrat peut être résilié annuellement par Le Souscripteur ou La Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception adressée au plus tard le 31 Octobre de chaque année.

En cas de non-paiement des cotisations, La Mutuelle peut mettre fin au contrat dans les conditions prévues à l'article 12 ci-après.

La résiliation du contrat, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet, la cessation des garanties pour tous les membres participants et tous leurs éventuels ayants droit. L'adhésion des bénéficiaires prend fin à cette date.

### Article 3 : Affiliation

#### Article 3-1 : Adhérents

Sont affiliés au présent contrat, l'ensemble des salariés ou personnels du souscripteur, présents ou futurs, appartenant à la catégorie de salariés tels que définis par l'acte de formalisation du régime au sens de l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale (ci-après l'Acte Fondateur) et reprise aux conditions particulières.

Par dérogation au principe d'affiliation obligatoire et conformément au Code de la Sécurité sociale, des dispenses d'affiliation peuvent être invoquées, soit qu'elles soient applicables de droit ou qu'elles aient été prévues par l'Acte Fondateur.

Dans tous les cas, Le Souscripteur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés et les justificatifs y afférents. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix, à savoir qu'il ne pourra bénéficier des prestations du régime mis en place dans l'entreprise.

S'ils ne justifient plus des conditions de dispenses, les salariés concernés sont alors affiliés obligatoirement au présent contrat.

#### Article 3-2 : Ayants-droit

Les personnes physiques pouvant bénéficier des prestations en qualité d'ayants droit d'un Adhérent, sont définies aux conditions particulières.

Le caractère facultatif ou obligatoire de leur rattachement au présent contrat est précisé dans les conditions particulières.

Si l'Acte Fondateur prévoit le rattachement à titre obligatoire des ayants droit, une faculté de dispense d'adhésion, reprise dans l'Acte Fondateur, est ouverte, conformément à l'article D. 911-3 du Code de la sécurité sociale, au choix du salarié, sous réserve que les ayants droit soient déjà couverts par ailleurs dans les conditions définies au f du 2° de l'article R. 242-1-6 du Code de la sécurité sociale.

Si le rattachement des ayants droit est facultatif, celui-ci se fait le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande de rattachement ou à une date ultérieure indiquée sur la demande et coïncidant au 1<sup>er</sup> jour d'un mois. L'adhérent peut résilier le rattachement de l'un de ses ayants droit à effet au 31 décembre de chaque année en adressant sa demande au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

### Article 3-3 : Obligations du souscripteur

Le Souscripteur s'engage à affilier au contrat l'ensemble des salariés, présents ou futurs, tels que définis par l'Acte Fondateur et repris aux conditions particulières du contrat, sous réserve des cas de dispense précédemment évoqués.

Le Souscripteur doit adresser à la Mutuelle les pièces et informations suivantes :

#### A la souscription :

- **Un état nominatif** de l'ensemble des salariés concernés par l'affiliation obligatoire. Cet état indique pour chaque intéressé sa date d'embauche, ses nom, prénom, date de naissance, numéro de Sécurité sociale, situation de famille et notamment les ayants droits rattachés à titre obligatoire. S'il y a lieu, cet état distingue les salariés dont le contrat est suspendu, avec indication du motif et de la durée de la suspension ainsi que les anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité prévu à l'article 18-3 du contrat ;
- **Un Bulletin Individuel d'Affiliation** dûment complété et signé pour chacun d'entre eux accompagné d'une photocopie de l'attestation d'affiliation à l'Assurance Maladie Obligatoire, d'un relevé d'identité bancaire, ainsi que de l'ensemble des éléments qui y sont visés ;
- Un extrait Kbis de moins de 3 mois ou pour les associations une copie des statuts à jour.

#### Evènement en cours d'année :

- **Pour les salariés entrants** : Un état nominatif adressé **mensuellement** indiquant la date d'entrée, accompagné d'un Bulletin Individuel d'Affiliation dûment complété pour chacun d'entre eux, de la photocopie de l'attestation d'affiliation à l'Assurance Maladie Obligatoire, d'un IBAN, ainsi que de l'ensemble des éléments qui y sont visés ;
- **Pour les salariés sortants et ceux dont le contrat de travail est suspendu** : Un état nominatif adressé **mensuellement** indiquant le motif et la date du départ des salariés sortants ou de la suspension du contrat de travail ;
- **Pour les salariés dont la situation familiale a évolué** : Un état nominatif adressé **mensuellement** indiquant les modifications de situation familiale des salariés concernés et leur date de survenance ainsi que les pièces justificatives y afférentes.

En outre, à tout moment, Le Souscripteur est tenu de communiquer à La Mutuelle toutes informations ou pièces

nécessaires à la bonne gestion et au bon fonctionnement du contrat.

### Article 3-4 : Obligations des membres participants

Chaque salarié entrant dans la définition prévue aux conditions particulières est tenu :

- de remplir et de signer un bulletin individuel d'affiliation mentionnant, le cas échéant, ses ayants droits, et auquel doivent être joints un IBAN et une photocopie de l'attestation de la carte d'assuré social des personnes à assurer, ainsi que l'ensemble des éléments qui y sont visés. Chaque salarié affilié reçoit une carte d'adhérent.
- de déclarer en cours de contrat, à son employeur qui transmettra à La Mutuelle, toute modification intervenant dans sa situation (fin de cas de dispense d'adhésion, changement de la situation de famille, changement de régime obligatoire, d'adresse, de coordonnées bancaires etc.). Cette déclaration doit intervenir dans le mois suivant la modification.

### Article 4 : Obligations d'information

#### Article 4-1 : Obligations du souscripteur envers les adhérents : Notice d'information

Conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, Le Souscripteur s'engage à remettre à chaque Membre Participant une notice d'information établie par La Mutuelle qui définit les garanties prévues au contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. 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.

Le Souscripteur est tenu de remettre cette notice, ainsi que les statuts et, le cas échéant, le règlement intérieur de La Mutuelle à chaque membre participant.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, Le Souscripteur est également tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par La Mutuelle.

La preuve de la remise de la notice, des statuts et, le cas échéant, du règlement intérieur au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe au Souscripteur.

#### Article 4-2 : Obligations d'information du souscripteur envers la mutuelle en cas de modification de sa situation juridique, sauvegarde ou redressement judiciaire

Le Souscripteur est tenu d'informer La Mutuelle, sous un délai de 15 jours de toute modification survenant dans sa situation juridique, notamment par acquisition, vente, fusion, etc.

Le Souscripteur est également tenu d'informer la Mutuelle, sous un délai de 15 jours, de l'existence d'une procédure de sauvegarde, redressement ou liquidation judiciaire qui serait déclenchée à son encontre. Les dispositions de l'article L. 622-13 du Code de commerce sont applicables.

#### Article 4-3 : Obligations d'information de la mutuelle envers le souscripteur relative aux frais de gestion et d'acquisition

Conformément à l'article L. 871-1, 1<sup>er</sup> alinéa du Code de la sécurité sociale, la Mutuelle communique annuellement au Souscripteur le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque.

#### Article 5 : Prescription

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où La Mutuelle en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant 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 ou l'ayant droit, 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 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 ou l'ayant droit à La Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visée à l'alinéa précédent sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée ;
- 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.

#### Article 6 : Subrogation

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, mentionnées à l'article L. 224-8 du Code de la mutualité, La Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'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 La Mutuelle 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 à La Mutuelle de pouvoir exercer ce droit de subrogation, le membre participant et ses ayants droit s'engagent à déclarer à La Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont ils sont victimes.

#### Article 7 : Clause de sauvegarde

Les prestations et cotisations définies aux conditions générales et particulières du présent contrat ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur au jour de la signature des Conditions particulières.

Dans l'hypothèse de modifications des dispositions législatives ou réglementaires et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale, les engagements de la Mutuelle ne pourront s'en trouver augmentés.

Ainsi, soit les parties conviennent par avenant au présent contrat des aménagements nécessaires à apporter aux cotisations et/ou aux prestations, soit les prestations resteront acquises sur la base du présent contrat c'est-à-dire que les cotisations et les prestations resteront identiques en valeurs absolues à celles appliquées avant les modifications des dispositions législatives ou réglementaires et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale, ces modifications ne pouvant en aucun cas venir augmenter, en valeurs absolues, les engagements de la Mutuelle.

#### Article 8 : Dispositions diverses relatives aux contrôles

##### Article 8-1 : Contrôle médical

Les différends d'ordre médical auxquels peut donner lieu l'exercice des garanties sont soumis à l'appréciation d'un médecin expert agréé par La Mutuelle. En cas d'expertise

médicale, l'adhérent ou son ayant droit pourra se faire assister d'un médecin de son choix, à ses frais.

En cas de désaccord entre le médecin du bénéficiaire et le médecin de La Mutuelle, les parties intéressées choisiront un troisième médecin pour les départager. Faute d'entente sur cette désignation, le choix sera fait par le Président du tribunal civil du domicile du bénéficiaire. L'avis du troisième médecin sera obligatoire pour le bénéficiaire et pour La Mutuelle qui supporteront par moitié les frais de sa nomination.

#### Article 8-2 : Fausse déclaration

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, la Mutuelle n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant, le cas échéant, à un sinistre réel. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

#### Article 8-3 : Réclamations

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement et/ou un désaccord envers La Mutuelle. Il est précisé qu'une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation et que ces demandes doivent être adressées à votre conseiller habituel.

Le Souscripteur ou l'Adhérent peut adresser une réclamation en s'adressant directement à :

**Mutualia Territoires Solidaires  
Service Relation Adhérents  
75 Boulevard François Mitterrand  
63000 Clermont-Ferrand**

Un accusé de réception lui parviendra dans les dix jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse sera fournie au plus tard dans les deux mois suivant la date de réception de la réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Mutualia le tiendrait informé.

#### Article 8-4 : Autorité de contrôle

Conformément aux dispositions du Code de la consommation relatives à la « médiation des litiges de la consommation », Mutualia propose pour ses Membres Participants un dispositif gratuit de médiation de la consommation.

Ce dispositif est ouvert au Membre Participant pour tous litiges portant sur l'exécution du présent contrat, dès lors :

- que celui-ci a tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de Mutualia dans le cadre d'une

réclamation conformément aux conditions de l'article 8-3 ci-avant du présent contrat et sans que cette réclamation soit datée de plus d'un an au moment du dépôt de la demande de médiation ;

- que son litige ne fait ni l'objet d'une instance judiciaire, ni l'objet d'un examen par un autre médiateur ou arbitre ;
- que son dossier présente une demande légitime, décrite avec précision.

A défaut, le dossier de médiation ne remplira pas les conditions de recevabilité du médiateur.

**Le médiateur proposé dans ce cadre est MEDICYS. Il peut être joint par :**

- **voie électronique : [www.medicys.fr](http://www.medicys.fr) ;**
- **ou par voie postale : MEDICYS – Centre de médiation et règlement amiable des huissiers de justice – 73 Boulevard de Clichy, 75009 – Paris.**

Les parties à la médiation restent cependant libres de se retirer à tout moment de la médiation.

La solution proposée par le médiateur ne s'impose pas aux parties à la médiation, qui sont libres de l'accepter.

#### Article 8-5 : Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de La Mutuelle est :

**Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution  
61 rue Taitbout  
75436 Paris cedex 09**

#### Article 8-6 : Loi informatique et libertés

Les informations recueillies relatives aux données personnelles font l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la gestion, au suivi et à l'exécution du contrat. Les destinataires des données sont La Mutuelle, son gestionnaire et ses sous-traitants, ainsi que, le cas échéant, les organismes de Sécurité sociale et professionnels de santé.

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, l'entreprise, les Membres Participants, ainsi que leurs ayants droit bénéficient d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux informations qui les concernent, droit qui peut être exercé en s'adressant à Mutualia Territoires Solidaires – Siège social : 75 avenue Gabriel Péri 38400 St Martin d'Hères.

Ils sont également susceptibles de recevoir des offres commerciales de La Mutuelle ou de ses partenaires, sauf opposition de leur part, pour des produits et services analogues.

Ces informations sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux. Elles peuvent également être conservées pendant une période de trois ans maximum à compter de l'extinction du contrat à des fins de prospection commerciale (sous réserve d'opposition).

# CHAPITRE II LES COTISATIONS

## Article 9 : Fixation des cotisations

Les prestations sont assurées par La Mutuelle en contrepartie du versement des cotisations. Les cotisations sont annuelles. Leurs taux, assiette ou montants sont indiqués aux conditions particulières.

## Article 10 : Evolution des cotisations

### Article 10-1 : Impôts et taxes

Tous impôts et taxes, présents ou futurs, auxquels le présent contrat pourrait être assujéti et dont la récupération n'est pas interdite, sont à la charge du Souscripteur et sont payables en même temps que les cotisations.

### Article 10-2 : Révision annuelle

A chaque échéance annuelle, les cotisations sont réévaluées en fonction des résultats techniques de la gamme Vivactiv, des prévisions de consommation et de l'évolution des prestations couvertes.

Ainsi, chaque année, avant le 31 octobre, La Mutuelle communique au Souscripteur, pour l'année qui suit, l'évolution envisagée des cotisations. Cette dernière fait l'objet d'un avenant. En cas de refus du Souscripteur, ce dernier peut résilier le contrat aux conditions prévues par l'article 2-3 des présentes conditions générales.

### Article 10-3 : Révision en cas de modification de l'environnement légal et réglementaire

En cas de modifications des dispositions législatives ou réglementaires et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale, les parties s'engagent à se concerter au plus tôt, pour réviser, par avenant, les cotisations et/ou les prestations pour tirer les conséquences de ces modifications et aménager le contrat.

Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions résultant desdits aménagements ainsi négociés, ainsi que dans l'hypothèse d'un défaut d'accord des parties, il sera fait application de la clause de sauvegarde prévue à l'article 7 des présentes conditions générales.

## Article 11 : Appel des cotisations

Les cotisations sont annuelles et dues par le souscripteur qui les règle directement auprès de La Mutuelle. Il est responsable de leur paiement y compris des parts salariales précomptées.

Elles sont appelées à terme à échoir, mensuellement ou trimestriellement selon ce qui est spécifié aux conditions particulières.

## Article 12 : Défaut de paiement des cotisations

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-8 I du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation dans les

dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive du Souscripteur et de poursuivre en justice l'exécution du contrat collectif, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après l'envoi par La Mutuelle de la mise en demeure au Souscripteur.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au Souscripteur, La Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par Le Souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer au Souscripteur pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle a le droit de résilier le contrat dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à La Mutuelle 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 de santé prescrits durant la période de suspension de la garantie ne donnent lieu à aucune prise en charge.

# CHAPITRE III

## LES PRESTATIONS

### Article 13 : Objet et étendue de la garantie

#### Article 13-1 : Objet de la garantie complémentaire santé

Les garanties « complémentaire santé » ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, de garantir aux Bénéficiaires le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par les régimes obligatoires au titre des prestations en nature de l'assurance maladie, dans les conditions et limites fixées dans le contrat.

#### Article 13-2 : Prestations garanties

Les prestations garanties sont définies aux conditions particulières. L'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires ne donne pas lieu à remboursement par la Mutuelle, sauf cas spécifiques mentionnés aux conditions particulières.

#### Article 13-3 : Base de remboursement

La prise en charge des prestations « complémentaire santé » s'effectue :

- soit sur la base du remboursement de l'assurance maladie obligatoire ;
- soit sur des bases forfaitaires.

Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire sont indiquées en incluant la part de remboursement de l'assurance maladie obligatoire en vigueur au jour de l'adoption du présent contrat. Le règlement des prestations est effectué en euros.

En cas de séjour à l'étranger, la base des tarifs de remboursement de l'assurance maladie obligatoire reste identique aux taux pratiqués en France. La Mutuelle ne rembourse que sur la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire française, uniquement dans les cas où cette dernière intervient, et ce, dans le cadre des « contrats responsables ».

#### Article 13-4 : Actes non pris en charge par le Régime Obligatoire et actes antérieurs à l'adhésion

Les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire, ne donnent droit à aucun remboursement, à l'exception toutefois de certains actes, dans la limite des prestations expressément définies le cas échéant et pour chaque garantie mentionnée aux conditions particulières.

Les soins de toutes natures dont les dates de soins ou de facturation se situent avant la date d'effet du contrat et de l'adhésion, ne peuvent donner lieu à prise en charge par la Mutuelle.

#### Article 13-5 : Limite des remboursements - principe indemnitaire

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 indemnités 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 de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant

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 peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

#### Article 13-6 : Evolution de la réglementation de l'Assurance Maladie

Toute modification des prestations et/ou taux de remboursement par l'assurance maladie obligatoire ne pourra avoir pour conséquence d'augmenter les engagements de la Mutuelle, qui resteront en niveau, comme en montant, tel que définis avant ces modifications.

### Article 14 : Conformité au "panier de soins ANI" et caractère "solidaire et responsable" du contrat

#### Article 14-1 : Principes

Comme indiqué à son article 1<sup>er</sup>, la souscription du présent contrat permet à l'employeur de répondre à son obligation de mettre en place un niveau minimal de garanties d'assurance complémentaire santé pour les salariés ou la catégorie de salariés qui en bénéficient.

A ce titre, les garanties qu'il propose répondent aux conditions des articles L. 911-7 et D. 911-1 Code de la Sécurité Sociale (ci-après CSS), elles sont solidaires conformément à l'article 1001 2° bis du CGI (puis L. 862-4 CSS à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016) et responsables au sens du nouveau cahier des charges posé par les articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivant du CSS.

Les articles L. 911-7 et D. 911-1 CSS posent les contours de la couverture minimale que doit souscrire l'employeur en matière de remboursement. Les articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivant du CSS, eux, ont pour objectifs de réguler les dépassements d'honoraires et d'agir sur le prix de l'optique en interdisant certaines prises en charge et en imposant des plafonds et limites à ces remboursements.

L'article 14-2 ci-après détaille les plannings de prise en charge qui ont été instaurés par ces textes pour préserver la qualité du niveau de couverture, en cohérence avec la politique d'accès aux soins menée par le Gouvernement. Les articles 14-3, 14-4 et 14-5 qui suivent détaillent, quant à eux, les restrictions obligatoires à apporter aux garanties des Bénéficiaires, conformément à ces dispositions.

Conformément à l'article L 221-5 du Code de la Mutualité, la modification du contrat proposée par la Mutuelle visant à le mettre en conformité avec les règles relatives au cahier des charges des contrats responsables est constatée par une lettre-avenant. Elle est réputée acceptée à défaut d'opposition du Souscripteur.

La Mutuelle informe par écrit le Souscripteur qui porte à la connaissance des Membres Participants les nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix.

Le Souscripteur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition.

Les modifications acceptées 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 Membres participants par le Souscripteur.

En cas d'évolution de la législation relative à la « couverture minimale ANI » de l'article L. 911-7 CSS Le Souscripteur et La Mutuelle s'engagent à adapter le présent contrat selon les modalités prévues par la législation en vigueur, pour rester en conformité. Les Adhérents seront informés des adaptations apportées au contrat dans les conditions de l'article 4-1.

#### Article 14-2 : Respect des obligations (le cas échéant, plafonnées) de prise en charge de la couverture minimale et du contrat responsable

Le présent contrat respecte l'ensemble des obligations et conditions de prise en charge posées à la fois par les articles L. 911-7 et D.911-1 CSS et L.871-1 et R.871-1 et suivant CSS.

Ainsi, le présent contrat prend en charge :

- La participation des assurés définie à l'article R. 160-5 CSS, c'est-à-dire l'intégralité de du ticket modérateur, y compris les prestations liées à la prévention, cette prise en charge n'étant toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article (à l'exclusion de la majoration de la participation prévue à l'avant-dernier alinéa de l'article L.162-5-3 CSS et des participations forfaitaires et des franchises mentionnées aux II et III de l'article L.160-13 CSS);
- Le forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée, étant précisé qu'il s'agit uniquement du forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), ainsi que le prévoit la circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier.
- Les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale, à hauteur d'au moins 125% des tarifs servant de base au calcul des prestations d'Assurance Maladie ;
- Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès ou au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins ou au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité ;
- Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans le respect des minima et maxima fixés par la réglementation, incluant le montant du ticket modérateur ;

a) Au minimum à 100 euros et au maximum à 470 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

b) Au minimum à 150 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;

d) Au minimum à 150 euros et au maximum à 660 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;

e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;

f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 850 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures de l'équipement est limitée à 150 euros maximum. Attention, il s'agit d'un maximum absolu envisagé par les textes précités. En pratique, en fonction des garanties souscrites et indiquées aux conditions particulières, cette prise en charge des montures peut être moins élevée.

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de prise en charge de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.

Ces prestations pourront être amenées à évoluer pour tenir compte des dispositions législatives ou réglementaires prises dans le cadre des contrats responsables.

#### Article 14-3 : Distinction entre le remboursement des consultations et actes dispensés par les médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS) ou à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO) et ceux dispensés par les médecins n'y ayant pas adhéré

La dénomination « le contrat d'accès aux soins » (CAS) est remplacée, depuis la signature de la convention médicale du 25 aout 2016, par celle de l'« Option Pratique Tarifaire Maîtrisée » (OPTAM) ou par l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens.

Conformément à l'article R. 871-2 CSS, le présent contrat prend en charge les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins ou adhéré à un

dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM, OPTAM-CO) tel prévu par la convention nationale médicale mentionnée à l'article L.162-5 CSS, de manière plafonnée, dans les conditions cumulatives suivantes :

- la prise en charge du dépassement ne peut pas excéder un montant égal à 100% du tarif opposable ;
- elle est inférieure à la prise en charge proposée par le présent contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent au dispositif du contrat d'accès aux soins ou adhèrent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM, OPTAM-CO), en respectant une différence au moins égale à 20% du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'Assurance Maladie pour l'acte ou la consultation dispensé par le médecin n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins).

Ces limites s'appliquent à tous les dépassements d'honoraires facturés par les médecins n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins et couverts par une garantie du contrat.

Ces limites s'appliquent que le médecin soit conventionné ou non avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Dans l'hypothèse où le médecin n'est pas conventionné avec cette dernière, la base de remboursement qui sera retenue est celle du tarif d'autorité.

#### Article 14-4 : Définitions, conditions et modalités d'utilisation du "forfait lunettes"

Le forfait « lunettes » est l'un des éléments de la garantie optique qui peut, le cas échéant en outre comprendre, selon les modalités fixées aux conditions particulières, un forfait lentilles et un forfait chirurgie réfractive des yeux.

Ces remboursements sont définis en conformité avec le « panier de soins ANI » et le nouveau cahier des charges des contrats responsables dans les conditions qui suivent :

Le forfait lunettes vise à couvrir les frais exposés pour l'acquisition de lunettes en complément du remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Par « lunettes » il convient d'entendre un équipement composé de deux verres et d'une monture.

Le forfait lunettes est une enveloppe forfaitaire exprimée en euros. Il inclut le remboursement du ticket modérateur, celui-ci ne peut donc faire l'objet d'un remboursement en cas d'utilisation du forfait dans sa totalité. Il inclut le remboursement des verres et de la monture, étant précisé qu'au sein même de cette enveloppe, un plafond de remboursement maximal est alloué au remboursement des frais d'acquisition de la monture.

La prise en charge du forfait lunettes est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans.

Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le forfait lunettes peut couvrir une prise en charge de deux équipements sur une

période de 2 ans corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus.

**Le reliquat du forfait non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur la période suivante.**

Cette période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifiée par une évolution de la vue. La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la prescription médicale précisant le changement de la correction soit dans le cadre d'un renouvellement des lunettes avec une nouvelle correction ; celle-ci sera comparée à la correction du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme complémentaire.

Cette période de 24 mois (réduite à 12 mois pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue) s'apprécie à la date d'acquisition de l'équipement. Il s'agit d'une période fixe qui ne peut être ni réduite ni allongée.

Lorsque le Bénéficiaire effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part, la monture, d'autre part, les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

Exemple : le contrat de l'Adhérent prévoit un plafond de garantie de 250 euros pour les équipements optiques à verres simple foyer dont une garantie de 80 euros pour la monture et la période de 2 ans est fixée à compter de la date d'acquisition de l'équipement. L'Adhérent acquiert le 28 septembre 2016 deux verres simple foyer pour 200 euros. En janvier 2017, il souhaite acquérir une monture pour compléter son équipement optique. La monture pourra être couverte dans la limite de 50 euros. La prise en charge du renouvellement de son équipement (verres et monture) pourra s'effectuer à compter du 29 septembre 2018.

**Les montants des Forfaits lunettes sont précisés au sein des conditions particulières.**

**Chaque Forfait lunettes comprend en outre une limite propre au remboursement de la monture.**

**Le montant du forfait lunettes dépend de la nature de l'équipement optique, selon les définitions suivantes:**

##### • Lunettes « Verres simples » :

- **Équipement comportant :**

**Deux verres simple foyer sphère comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.**

**Et une monture.**

##### • Lunettes « Verres mixtes » :

- **Équipement comportant :**

**Verre 1 : Un verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;**

**Verre 2** : Un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;  
Et une monture.

- **Equipelement comportant :**

**Verre 1** : un verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;

**Verre 2** : un verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ou un verre multifocal ou progressif ;

Et une monture.

• **Lunettes « Verres complexes » :**

- **Equipelement comportant :**

**Deux verres** simple foyer dont la sphère est hors zone à - 6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ou **deux verres** multifocaux ou progressifs ;

Et une monture.

- **Equipelement comportant :**

**Verre 1** : un verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ou un verre multifocal ou progressif ;

**Verre 2** : un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;

Et une monture.

- **Equipelement comportant :**

**Deux verres** multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou **deux verres** multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries.

Et une monture.

#### **Article 14-5 : Exclusions au titre du caractère responsable du contrat**

Les garanties « complémentaire santé » proposées au contrat sont « responsables » au sens de l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale et de ses textes d'application.

A ce titre, ne sont pas pris en charge :

- La participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- Les franchises médicales mentionnées au III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- La majoration de participation des Adhérents et de leurs ayants droit visée à 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 du médecin traitant (Situation hors parcours de soins coordonnés) ;

• Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale (Situation hors parcours de soins coordonnés), à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

• Et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 CSS et par ses textes d'application.

#### **Article 15 : Date d'effet de la couverture**

##### **Article 15-1 : Adhérent**

Les garanties prennent effet :

- à la date de prise d'effet du présent contrat qui démarre nécessairement le 1<sup>er</sup> jour du mois, pour les salariés présents à l'effectif du souscripteur et appartenant aux bénéficiaires définis aux conditions particulières du présent contrat ;
- à la date du début de leur contrat de travail pour les salariés embauchés après la date de prise d'effet du présent contrat, appartenant aux bénéficiaires définis aux conditions particulières ;
- à la date à laquelle le salarié qui bénéficiait d'une dispense cesse d'en bénéficier.

##### **Article 15-2 : Ayants-droit**

En cas de rattachement obligatoire, les garanties des ayants droit prennent effet :

- à la même date que celles de l'Adhérent, dès lors qu'ils ont été déclarés en même temps, sous réserve qu'ils répondent à la définition des ayants droit prévue par les conditions particulières ;
- à la date à laquelle ils répondent à la définition des ayants droit prévue par les conditions particulières et portée sur la demande de rattachement.

En cas de rattachement facultatif, le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la date de réception de demande de rattachement ou à une date ultérieure fixée sur celle-ci coïncidant au 1<sup>er</sup> jour d'un mois.

#### **Article 16 : Règlement des prestations**

La Mutuelle procède aux remboursements des prestations :

- au vu des décomptes originaux de la Sécurité sociale ;
- au moyen de télétransmissions établies avec les organismes d'Assurance Maladie obligatoire ;
- sur présentation de pièces justificatives originales des dépenses réelles,
- Et au vu de toutes pièces que la Mutuelle estimera nécessaires.

Plus précisément :

Prestations	Décompte du RO	Facture acquittée
Frais d'optique, de prothèses dentaires ou de traitement d'orthodontie PEC RO	✓	✓
Frais d'appareillage	-	✓
Frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale	-	Facture acquittée de l'établissement hospitalier ✓
Dépenses accessoires (frais de chambre particulière et de paiement du forfait journalier...) et les frais d'accompagnement d'un enfant hospitalisé	-	Facture acquittée de l'établissement hospitalier ✓
Cures thermales	✓	Facture acquittée de l'établissement hospitalier ✓

Pour la prise en charge des prestations ne donnant pas lieu à remboursement par le Régime Obligatoire dans le cas où elles sont prévues à la garantie :

- toute pièce attestant du paiement des dépenses de santé dont le remboursement est demandé ;
- notification du refus opposé par le Régime Obligatoire si tel est le cas, et notes d'honoraires correspondant aux soins dont le remboursement a été refusé faisant apparaître la cotation de l'acte pratiqué.

Pour le service des prestations forfaitaires dans le cas où elles sont prévues à la garantie : justification de la réalité de l'événement ouvrant droit à indemnisation.

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé en cas de délégation de paiement (tiers payant).

Dans le cas où les membres participants et le cas échéant, leurs ayants droit assurés 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 salarié permet le tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires. Cette carte reste la propriété de la Mutuelle et doit être restituée dans les 15 jours du départ du salarié de l'entreprise.

Tout justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé.

La date prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur la feuille de soins ou la facture détaillée et nominative.

#### Article 17 : Fin de la couverture

Les garanties cessent :

- à la date de la résiliation du présent contrat par Le Souscripteur ou La Mutuelle quel qu'en soit le motif;
- à la date de rupture du contrat de travail de l'Adhérent, quel qu'en soit le motif, sous réserve, le cas échéant, des stipulations relatives au maintien de garanties prévues aux articles 18-2 et 18-3 des présentes conditions générales ;
- à la date où l'Adhérent ne remplit plus les conditions requises pour adhérer au contrat ;
- à la date de suspension du contrat de travail de l'Adhérent, sous réserve, le cas échéant, des stipulations relatives au maintien de garanties prévue à l'article 18-1 des présentes conditions générales, ou de stipulations contraires prévues aux conditions particulières.

La cessation des garanties, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet, la perte immédiate des droits aux prestations pour les Membres participants et leurs ayants-droit éventuels.

Par ailleurs, la perte de la qualité d'ayant droit, telle que définie aux conditions particulières, entraîne, pour celui-ci, la perte de la garantie à compter de cette date.

#### Article 18 : Maintien des garanties

##### Article 18-1 : En cas de suspension du contrat de travail

Les garanties sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pendant la période au titre de laquelle ils bénéficient soit d'un maintien de salaire total ou partiel, soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers. Dans ce cas, Le Souscripteur continue le précompte et le versement de la cotisation correspondante.

Dans ce cas, la part patronale et la part salariale afférentes aux cotisations continuent à être versées selon les mêmes modalités que celles en vigueur pour les salariés en activité.

Les garanties sont suspendues pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, et qui ne bénéficient pas, pendant la période de suspension, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur, sauf dispositions dérogatoires prévues aux conditions particulières. Durant cette suspension, aucune cotisation n'est due en ce qui concerne le sa-

-larié ou ses éventuels ayants droit, dont les garanties sont suspendues. La période de suspension intervient de plein droit à la date de suspension du contrat de travail et s'achève à la reprise effective du travail par le salarié, sous réserve que la Mutuelle en soit informée dans un délai de 15 jours suivants cette reprise. A défaut, la période de suspension des garanties prend fin à la date à laquelle la Mutuelle est informée de la reprise effective du travail du salarié.

Les soins survenus pendant la période de suspension des garanties ne donnent lieu à aucune prise en charge au titre du présent contrat. Seuls les soins prescrits antérieurement à la date de début de la suspension sont remboursés pendant la période de suspension.

#### Article 18-2 : Au titre de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, dite "Loi Evin"

Peuvent, dans les cas visés ci-après, demander un maintien de garantie auprès de la mutuelle sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- **Les anciens salariés**, 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, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties dans les conditions de l'article 18-3 des présentes conditions générales.

La Mutuelle adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période de maintien de garanties à titre temporaire.

A cette fin, le souscripteur informe la mutuelle dans un délai de 5 jours de la cessation du contrat de travail des anciens salariés bénéficiaires de ce dispositif de maintien de garantie. Dans ce même délai, le souscripteur remet également à l'ancien salarié, l'exemplaire du **bulletin « Loi Evin »** que la Mutuelle lui a fourni après avoir rempli la partie le concernant.

L'ancien salarié envoie ainsi à la Mutuelle le **bulletin « Loi Evin »** que le souscripteur lui a remis, dûment rempli et accompagné de l'ensemble des pièces demandées dans ce cas.

- **Les ayants droit garantis 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.

Le souscripteur en informe La Mutuelle dans un délai de 5 jours, qui adresse la proposition de maintien de couverture à ces personnes dans le délai de deux mois à compter du décès.

**Les cotisations concernant les personnes susvisées adhérant dans le cadre de ce dispositif peuvent être supérieures à celles des salariés en activité.**

Lorsque l'adhésion au contrat de maintien de garantie dans ce cadre intervient :

- **avant le 1<sup>er</sup> juillet 2017**, la majoration ne peut néanmoins excéder 50% des tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- **à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2017**, la majoration à la date d'effet du contrat ne peut :
  - o la 1<sup>ère</sup> année : être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
  - o la 2<sup>ème</sup> année : être supérieurs de plus de 25% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
  - o la 3<sup>ème</sup> année : être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

La nouvelle couverture prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

#### Article 18-3 : Au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité Sociale : Dispositif de portabilité

##### a) Conditions et bénéficiaires

Les anciens salariés bénéficient du maintien à titre gratuit de garanties en cas de cessation de leur contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage

Le bénéfice du maintien de la garantie est subordonné à la condition que les droits à remboursement complémentaires aient été ouverts avant la date de cessation du contrat de travail.

Il est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit de l'ancien salarié qui bénéficient effectivement de la garantie à la date de la cessation du contrat de travail.

Les anciens salariés éligibles au dispositif de portabilité et, le cas échéant, leurs ayants droit bénéficient des garanties du présent contrat dans les mêmes conditions que les salariés actifs du souscripteur. En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés et, le cas échéant, de leurs ayants droit, bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

##### b) Prise d'effet et durée

Le maintien de la garantie 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.**

##### c) Cessation

Le maintien de garantie cesse :

- à l'issue de la durée mentionnée au point b. « Prise d'effet et durée » ci-dessus ;
- en cas de résiliation pour quelque motif que ce soit du présent contrat ;
- lorsque l'ancien salarié ne remplit plus les conditions fixées à l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale.

#### d) Obligation d'information du souscripteur

et les conditions tarifaires applicables sont celles de la gamme individuelle en vigueur à la résiliation du contrat.

##### A l'égard de l'ancien salarié

Le souscripteur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail des anciens salariés.

Le souscripteur s'engage aussi à remettre à l'ancien salarié, l'exemplaire du **bulletin « Portabilité »** que La Mutuelle lui a fourni après avoir rempli la partie le concernant, au plus tard 5 jours après la rupture du contrat de travail.

En cas de modification de leurs droits et obligations intervenues postérieurement à la cessation de leur contrat de travail, le souscripteur s'engage à remettre aux anciens salariés la notice d'information fournie par la Mutuelle relative à ces modifications. La preuve de la remise de cette notice incombe au souscripteur.

Le souscripteur informe également les anciens salariés de la résiliation du présent contrat en indiquant les conséquences que cela peut avoir sur leur maintien de garanties.

##### A l'égard de la Mutuelle

En application de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, le souscripteur informe la mutuelle dans un délai de 5 jours de la cessation du contrat de travail des anciens salariés bénéficiaires de ce dispositif de portabilité.

#### e) Obligation d'information à la charge de l'ancien salarié

En application de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, l'ancien salarié justifie auprès de la mutuelle, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, qu'il remplit les conditions pour bénéficier du dispositif de portabilité.

Ainsi, l'ancien salarié envoie à la Mutuelle le bulletin « Portabilité » que le souscripteur lui a remis, dûment rempli et accompagné de l'ensemble des pièces demandées.

Par la suite, l'ancien salarié devra produire à la Mutuelle avant le 22 de chaque mois un justificatif de sa prise en charge par le régime de l'assurance chômage. Ce justificatif peut également être demandé à tout moment par la Mutuelle.

**A défaut de production de ce justificatif, l'ancien salarié ne pourra bénéficier du règlement des prestations.**

En outre, l'ancien salarié informe la Mutuelle et son ancien employeur de toute modification concernant :

- la fin de sa prise en charge par l'assurance chômage ;
- sa reprise d'activité professionnelle ;
- ses coordonnées ;
- sa situation familiale ou celle de ses ayants droit.

**Article 18-4 : Au titre de l'article 5 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, dite "Loi Evin"**

En cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat d'assurance, La Mutuelle peut maintenir la couverture, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit des salariés concernés sous réserve qu'ils en fassent la demande avant la fin du délai de préavis. Les modalités

**Adhérent / Membre participant** : Personne physique qui bénéficie des prestations de la Mutuelle à laquelle elle a adhéré et en ouvre le droit, le cas échéant, à ses ayants droit.

**Aide médicale de l'État (AME)** : Dispositif destinée à permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française sur le séjour en France. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources.

**Bénéficiaire** : Personne assurée au titre du présent contrat (membre participant / adhérent ou ayant droit), inscrite et portée au bulletin individuel d'affiliation.

**Appareillage** : Biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire.

**Base de remboursement (BR)** : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Les honoraires des praticiens peuvent être supérieurs à cette base (dépassements d'honoraires). On distingue :

- le Tarif de convention (TC) : Tarif appliqué lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Le taux de remboursement de la Sécurité sociale est calculé à partir de ce tarif qui est fixé par convention entre les Syndicats représentant les professionnels de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie.
- le Tarif d'autorité (TA) : Tarif applicable au remboursement d'actes médicaux effectués par des praticiens non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de responsabilité (TR) : pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

**Sont synonymes** : tarif de responsabilité (TR), tarif de convention (TC), tarif d'autorité (TA), tarif de référence, base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

**Conventionné/non conventionné** : Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance maladie obligatoire, les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire variant selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) a passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

**Secteur 1 / Secteur 2** : Les tarifs pratiqués par les médecins conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et la base de remboursement de cette dernière varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'exercice (secteur 1 ou secteur 2).

Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants syndicaux de la profession (tarif opposable). Les dépassements d'honoraires ne sont autorisés qu'en cas de demande particulière du patient, comme par exemple, une consultation en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin. Ces dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie.

Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires

qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire. Il convient de distinguer :

- Le médecin conventionné qui a adhéré au « contrat d'accès aux soins » (voir ci-après) qui pratique des dépassements modérés et dont les soins sont mieux remboursés tant par l'Assurance Maladie que par la Mutuelle.
- Le médecin qui n'a pas adhéré au « contrat d'accès aux soins », et qui ne s'est donc pas engagé à modérer et stabiliser ses honoraires.

Le site [ameli.direct](http://ameli.direct) permet de retrouver le secteur d'exercice du médecin et son éventuelle adhésion au contrat d'accès aux soins.

**Contrat d'accès aux soins (CAS)** : La finalité du contrat d'accès aux soins est d'améliorer le remboursement des soins en encadrant les dépassements d'honoraires.

Peuvent adhérer au CAS les médecins libéraux du secteur 2 (à honoraires libres), les médecins titulaires du droit à dépassement permanent et les médecins titulaires des titres leur permettant d'exercer en secteur 2.

Les médecins qui ont signé un CAS avec l'assurance maladie obligatoire s'engagent à réguler et modérer leurs dépassements d'honoraires.

En contrepartie, l'Assurance maladie obligatoire applique à l'activité des médecins signataires du CAS le taux de remboursement du secteur 1 (médecins appliquant des tarifs sans dépassements d'honoraires), de sorte que l'assuré social sera mieux remboursé

Dans le cadre de la réglementation sur les contrats responsables, la Mutuelle rembourse également mieux les soins effectués dans le cadre du CAS que ceux effectués hors CAS.

Le site [ameli.direct](http://ameli.direct) recense les médecins ayant adhéré au CAS. Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) : Dispositif qui donne droit, sous certaines conditions, à une assurance maladie complémentaire gratuite.

Pour en bénéficier :

1. résider en France depuis plus de 3 mois ;
2. être en situation régulière ;
3. avoir des ressources mensuelles inférieures à un certain montant

**Ticket modérateur** : C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)...

**Participation forfaitaire des actes coûteux ou Forfait « 18 euros »** : Participation forfaitaire qui s'applique sur les actes pratiqués lors d'une consultation en ville ou en établissement de santé dans le cadre d'une consultation externe et dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte). Certains actes ne sont pas concernés par ce forfait. Son montant peut être révisé par voie réglementaire.

Cette participation forfaitaire se substitue au Ticket modérateur, elle est prise en charge par Mutualia.

**Parcours de soins coordonnés** : Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursés normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Une personne est hors parcours de soins coordonnés si elle :

- n'a pas déclaré de médecin traitant ;
- consulte un autre médecin sans être orientée par son médecin traitant, sauf si elle se trouvait dans une situation d'urgence et/ou d'éloignement géographique.

Cependant, pour certain soins et certaines spécialités, un accès direct est possible sans passer par le médecin traitant. C'est le cas pour :

- un gynécologue, pour les examens cliniques gynécologiques périodiques, y compris les actes de dépistage, la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi d'une grossesse, l'IVG médicamenteuse ;
- un ophtalmologue, pour la prescription et le renouvellement de lunettes, les actes de dépistage et de suivi du glaucome ;
- un psychiatre ou un neuropsychiatre, pour les personnes entre 16 et 25 ans ;
- un stomatologue, sauf pour des actes chirurgicaux lourds.

Hors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et la Mutuelle, au titre du caractère responsable du contrat, ne prend pas en charge la différence.

**Médecin traitant** : Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès de l'assurance maladie obligatoire. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé.

**Optam / Optam-co** : La dénomination du «contrat d'accès aux soins» (CAS), dans le cadre de la convention médicale régissant les relations entre médecins libéraux conventionnés et l'Assurance Maladie signé en août 2016 par un avenant applicable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, est remplacée. Des modifications aux tarifs des consultations et au forfait de médecin traitant sont apportées.

Cette convention a prévu des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ouverts à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 :

- l'OPTAM, option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins
- l'OPTAM-CO, option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

Comme pour le CAS, les médecins pourront ou non adhérer aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée que sont l'Optam et l'Optam-co : ceux qui y adhéreront prennent l'engagement de respecter un taux d'activité à tarifs opposables et un taux de dépassement moyen d'honoraires. En contrepartie, les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient d'une part, des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables (comme pour le CAS) et d'une rémunération spécifique.

**Franchises médicales** : Somme déduite des remboursements effectués par le régime obligatoire. Cette somme reste à la charge de l'assuré. Son montant est de :

- 50 centimes par boîte de médicament remboursable, sauf médicaments délivrés dans le cadre d'une hospitalisation,
- 50 centimes par acte paramédical, sauf pour ceux réalisés au cours d'une hospitalisation.
- 2 euros pour chaque transport sanitaire, sauf transports d'urgence.

La franchise est plafonnée :

- Annuellement : à 50 euros par personne, toutes prestations confondues ;
- Quotidiennement : à 2 euros pour les actes paramédicaux et 4 euros pour les transports sanitaires.

En sont exonérés :

- les enfants de moins de 18 ans ;
- les femmes enceintes à partir du 1<sup>er</sup> jour du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse et jusqu'au 12<sup>e</sup> jour après la date de l'accouchement ;
- et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Mutualia, au titre du caractère responsable du contrat, ne rembourse pas ces franchises médicales.

**Participation forfaitaire d'un euro** : Participation laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 1<sup>er</sup> jour du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse et jusqu'au 12<sup>e</sup> jour après la date de l'accouchement ;
- et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME) ;

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à quatre par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 4 euros par jour, 50 euros par année civile et par personne.

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par Mutualia, au titre du caractère responsable du contrat.

**Tiers payant** : Système de paiement qui évite de faire l'avance des frais auprès des professionnels de santé. Ainsi ces derniers sont directement payés par l'Assurance Maladie Obligatoire et/ou les assureurs de complémentaire santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.

Dans le cas où l'assuré ou ses ayants droits s'adresse à un professionnel de santé qui est tenu ou a choisi de pratiquer le tiers payant et en a fait les démarches à cette fin, le contrat ou le règlement 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 permet le tiers payant avec ces professionnels de santé et l'obtention le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires. Cette carte reste la propriété de la Mutuelle et doit être restituée dans les 15 jours suivant l'extinction de la relation contractuelle avec la Mutuelle. La date prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur la feuille de soins ou la facture détaillée et nominative.





*Entre nous, c'est humain*

**Mutualia Territoires Solidaires**

75 avenue Gabriel Péri  
38400 SAINT MARTIN D'HÈRES

Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 449 571 256  
CG\_VIVACTIV\_MTS\_2017\_V1117