

CONDITIONS GENERALES

ATOUT COLLECTIF

Contrat collectif à adhésion obligatoire

Frais de Santé

Paraphes :



SOMMAIRE

CONDITIONS GENERALES.....	5
CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES	5
Article 1. OBJET	5
Article 2. QUALITE DES ADHERENTS.....	5
Article 3. CARACTERE DE L'ADHESION	5
Article 4. EFFET, DUREE, RENOUVELLEMENT DU CONTRAT.....	5
Article 5. MODIFICATION DU CONTRAT	5
Article 6. RESILIATION DU CONTRAT, RADIATION, EXCLUSION	6
6-1 Par le Souscripteur.....	6
6-2 Par la Mutuelle	6
6-3 Cessation d'activité	6
6-4 Radiation	6
Article 7. MAINTIEN DES GARANTIES	6
7-1 En cas de rupture du présent contrat collectif.....	6
7-2 Article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989	6
7-3 En cas de suspension du contrat de travail.....	7
7-4 Régime de portabilité des droits à compter du 1 ^{er} juin 2014	7
Article 8. SIGNATURE ELECTRONIQUE ET OPPOSABILITE DES SUPPORTS CONTRACTUELS FRANCE MUTUELLE.....	8
CHAPITRE 2 : OBLIGATIONS DES PARTIES	8
Article 9. A L'EGARD DES MEMBRES PARTICIPANTS	8
Article 10. A L'EGARD DE LA MUTUELLE.....	8
10-1 Régularisation des adhésions	8
10-2 Information des mouvements de Membres Participants.....	8
10-3 Informations sur le Souscripteur	9
10-4 Information du changement de situation.....	9
10-5 Redressement ou Liquidation judiciaire	9
CHAPITRE 3 : COTISATIONS.....	9
Article 11. FIXATION DES COTISATIONS	9
Article 12. PAIEMENT DES COTISATIONS	10
12-1 Principe général	10
12-2 Modalités de paiement.....	10
12-3 Bordereau annuel des Membres Participants	10
Article 13. NON PAIEMENT DES COTISATIONS.....	10
CHAPITRE 4 : GARANTIES FRAIS DE SANTE.....	11
Article 14. DEFINITION DES GARANTIES.....	11
Article 15. MONTANT OU TAUX ET NATURE DES PRESTATIONS.....	11
Article 16. PRISE EN CHARGE.....	11
Article 17. CARACTERE INDEMNITAIRE	11
Article 18. PLURALITE DE CONTRATS D'ASSURANCE	11
Article 19. REGLEMENT DES PRESTATIONS	11

Paraphes :



19-1 Principe général des conditions de remboursement	12
19-2 Conditions spécifiques	12
19-3 Déclaration tardive des demandes de remboursement.....	14
19-4 Les services d'Assistance Santé au Quotidien	14
Article 20 : SUBROGATION	14
Article 21 : FRAUDE A L'ASSURANCE	14
Article 22. DELIT ET FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE.....	15
CHAPITRE 5 : DISPOSITIONS DIVERSES	15
Article 23. INFORMATIQUE ET LIBERTES	15
Article 24. EXONERATIONS FISCALES ET SOCIALES.....	15
Article 25. RECLAMATIONS- MEDIATION- COMPETENCE TERRITORIALE	16
Article 25. DROIT APPLICABLE - LANGUE DU CONTRAT	16
Article 26. PRESCRIPTION DE L'ACTION	16
Article 27. ELECTION DE DOMICILE	17
Article 28. AUTORITE DE CONTROLE PRUDENTIEL ET DE RESOLUTION.....	17

Paraphes :



Groupe France Mutuelle (GFM) est une mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité. Agréé dans les branches 1 et 2 ainsi que 20 et 21, elle a pour objet la couverture des risques de prévoyance frais de santé.

Le Souscripteur a souhaité sur la base du présent contrat collectif obligatoire conclu avec la mutuelle conformément à l'article L.221-2 du Code de la Mutualité faire bénéficier tout ou partie de son personnel des garanties collectives proposées par la Mutuelle.

La souscription de ce contrat emporte acceptation des statuts et règlements, joints en Annexe 2, dont le Souscripteur reconnaît avoir pris une connaissance complète et préalable.

Les garanties souscrites sont solidaires et respectent les conditions des contrats « responsables » telles que prévues à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale résultant de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 ainsi que toutes les règles relatives au nouveau cahier des charges du contrat responsable issues du décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014.

Les garanties respectent également les minimas imposés par la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 sur la sécurisation de l'emploi dite « ANI ».

Conformément à l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale, ce contrat doit être mis en place dans votre entreprise par

- Décision unilatérale de l'employeur
- Référendum
- Convention de branche ou accord professionnel

IL A ETE CONVENU ET ARRETE CE QUI SUIT :

Paraphes :



CONDITIONS GENERALES

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES

Article 1. OBJET

Le présent contrat a pour objet de faire bénéficier les salariés de l'entreprise souscriptrice (ci-après dénommée « le Souscripteur »), tels que définis à l'article 3 des conditions particulières, d'une garantie complémentaire santé.

L'engagement réciproque d'un employeur et de la Mutuelle résulte de l'adhésion à la Mutuelle, ainsi que de la mise à disposition des statuts, du règlement intérieur, du présent contrat et de ses avenants.

Le présent contrat comporte dans les conditions particulières notamment :

- la date d'effet ;
- la définition de la ou des catégories de personnel visé ;
- la nature et le taux ou le montant des prestations ;
- les montants de cotisations correspondant aux garanties prévues.

Article 2. QUALITE DES ADHERENTS

A la date de leur adhésion, les personnes visées à l'article 3 des conditions particulières deviennent de droit Membres Participants de la Mutuelle. Ils sont désignés ci-après dans le contrat comme « les Membres Participants ».

Article 3. CARACTERE DE L'ADHÉSION

L'adhésion des personnes visées à l'article 3 des conditions particulières est **obligatoire**.

Sauf dérogation(s) prévues dans l'acte instituant le régime, tout salarié visé à l'article 3 des conditions particulières du contrat devient de droit Membre Participant et est affilié automatiquement au système de garanties collectives mis en place par le présent contrat.

Article 4. EFFET, DUREE, RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

Le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières. Il est souscrit pour une première durée à échéance au 31 décembre de l'année de la souscription. Il sera ensuite renouvelable par tacite reconduction chaque année pour une durée d'un an, sauf résiliation dans les conditions fixées à l'article 6 ci-après.

Article 5. MODIFICATION DU CONTRAT

Toute modification du présent contrat est constatée par un avenant signé des parties.

Paraphes :



Article 6. RESILIATION DU CONTRAT, RADIATION, EXCLUSION

6-1 Par le Souscripteur

Le Souscripteur peut mettre fin au présent engagement tous les ans, sous réserve de notifier à la Mutuelle la résiliation par lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre.

6-2 Par la Mutuelle

La Mutuelle peut résilier le contrat annuellement par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée au moins deux mois avant la fin de l'année civile.

En cas de non paiement des cotisations, la Mutuelle peut résilier le contrat vis-à-vis du souscripteur dans les conditions prévues à l'article 12 du présent contrat.

6-3 Cessation d'activité

Le présent contrat pourra également être résilié par anticipation en cas de dissolution, perte d'agrément, liquidation ou redressement judiciaire de l'une ou l'autre des parties dans les conditions légales et réglementaires en vigueur, et sous réserve, le cas échéant, des dispositions d'ordre public applicables.

6-4 Radiation

Toute résiliation emporte radiation des Membres Participants du Souscripteur, la Mutuelle n'assurant plus la garantie au terme du contrat. Cependant, si l'acte ou l'événement ayant donné naissance à la demande de prestations a lieu pendant la durée de la garantie, la Mutuelle versera les prestations dont elle est redevable.

Article 7. MAINTIEN DES GARANTIES

7-1 En cas de rupture du présent contrat collectif

En cas de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire du Souscripteur, ce dernier s'engage à en avertir la Mutuelle dans les 15 jours de l'ouverture de la procédure, et le contrat pourra être résilié dans les conditions prévues par la réglementation et la jurisprudence en vigueur.

Dans les cas de rupture du contrat unissant le Souscripteur et la Mutuelle, un contrat individuel pourra être proposé au Membre Participant qui en fait la demande.

7-2 Article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989

Si le régime a été mis en place par décision unilatérale de l'employeur, référendum ou accord collectif, conformément à l'article 4 de la Loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989, un maintien de la couverture santé est prévu, sans condition de période probatoire, ni examen ou questionnaire médical, dans les deux situations suivantes :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou des allocations chômage, sur présentation d'un justificatif et sous réserve d'en faire la demande dans un délai de six mois suivant la rupture du contrat de travail, ou le cas échéant dans un délai de six mois suivant l'expiration de la période du maintien du contrat au titre de la portabilité,
- au profit des ayants droit 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.

Paraphes :



Conformément aux dispositions de l'article 1 du décret n°90-769 du 30 août 1990, décret d'application de la loi Evin susvisée, le tarif applicable dans ce cas ne pourra être supérieur de plus de 50% à la cotisation en vigueur dans l'entreprise à la date de rupture du contrat de travail de l'adhérent.

En cas de décès de l'adhérent ou de ses ayants droit, les cotisations payées d'avance, pour les périodes postérieures au mois au cours duquel est survenu le décès, sont remboursées.

7-3 En cas de suspension du contrat de travail

Le bénéficiaire du régime frais de santé sera maintenu au Membre Participant :

- pendant toute la durée de la suspension de son contrat de travail en cas de maintien de tout ou partie de son salaire ou de versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.
- en cas de suspension du contrat de travail sans maintien de la rémunération si cela est prévu dans les conditions particulières

La cotisation du salarié continuera alors à être réglée dans son intégralité par le Souscripteur.

7-4 Régime de portabilité des droits à compter du 1^{er} juin 2014

Durée et modalités du maintien de la couverture

A compter du 1^{er} juin 2014, en application de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés garantis collectivement dans les conditions prévues par l'article L.911-1 du même code contre les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou lié à la maternité bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture 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 bénéficiaire du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;
- L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Le présent dispositif est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties couverture santé à la date de la cessation du contrat de travail.

Financement du maintien de la couverture

L'intégralité du financement du maintien des garanties portant sur la couverture des frais de santé (part salariale et part patronale) est assuré par un système de mutualisation des cotisations de l'employeur et des salariés présents dans l'entreprise et couverts par le contrat collectif en vigueur.

La cotisation applicable à la date de départ du salarié, de même que les garanties du contrat, pourront évoluer au cours de cette période dans les mêmes conditions que pour les salariés couverts par le contrat collectif en vigueur.

Paraphes :



Article 8. SIGNATURE ELECTRONIQUE ET OPPOSABILITE DES SUPPORTS CONTRACTUELS FRANCE MUTUELLE

La signature électronique proposée par France Mutuelle, constitue un procédé technologique d'identification du souscripteur qui accepte de donner son consentement en ligne pour la souscription du contrat d'assurance. Elle permet d'établir un lien entre le souscripteur, son consentement et le contrat d'assurance (conditions générales, conditions particulières, statuts de la mutuelle) souscrit en ligne, auquel ce dernier se rattache.

Elle permet également de garantir l'authenticité et l'intégrité de l'ensemble des informations fournies au souscripteur, dont les supports contractuels (conditions générales, conditions particulières, statuts de la mutuelle) via le site France Mutuelle, à l'adresse email sont conservés dans les systèmes de gestion de France Mutuelle ou de ses prestataires.

Il est précisé que le paiement en ligne et l'utilisation de la signature électronique valent consentement de la part du souscripteur à la conclusion du contrat d'assurance.

Ces informations ont seules valeur probante en cas de contestation du souscripteur sur leur contenu (devis, conditions générales, conditions particulières), leur durée de validité ou le tarif du contrat d'assurance et lui seront seules opposables.

CHAPITRE 2 : OBLIGATIONS DES PARTIES

Article 9. A L'EGARD DES MEMBRES PARTICIPANTS

La Mutuelle établit une notice définissant notamment les garanties prévues au présent contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque, les clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Le Souscripteur remet sous sa responsabilité à chaque Membre Participant la notice d'information et les statuts de la Mutuelle.

Toute modification par la Mutuelle des droits et obligations des Membres Participants fera l'objet d'une nouvelle notice d'information élaborée par la Mutuelle. Le Souscripteur est alors tenu d'informer ses salariés Membres Participants de cette modification, en leur remettant cette notice.

La preuve de la remise de la notice et des statuts aux Membres Participants et des informations relatives aux modifications éventuellement apportées au contrat collectif, incombe au Souscripteur.

Article 10. A L'EGARD DE LA MUTUELLE

10-1 Régularisation des adhésions

Le Souscripteur s'engage vis-à-vis de la Mutuelle à transmettre les bulletins individuels d'affiliation signés par les Membres Participants accompagnés des pièces nécessaires à l'adhésion indiquées sur le bulletin et à régulariser administrativement dans les meilleurs délais leur adhésion.

10-2 Information des mouvements de Membres Participants

Le Souscripteur s'engage à communiquer à la Mutuelle tout mouvement du personnel affilié (retraite, démission, licenciement ...) au plus tard dans un délai de 15 jours à compter du départ effectif d'un salarié Membre Participant.

Paraphes :



Par ailleurs, lors de la remise du solde de tout compte, le Souscripteur est tenu de recueillir auprès du salarié partant sa ou ses cartes de tiers-payant et de les restituer sous quinzaine à la Mutuelle.

Toute fraude résultant de l'usage de la carte de tiers payant alors que l'ancien salarié n'est plus couvert par le contrat pourra entraîner la résiliation de plein droit du présent contrat.

10-3 Informations sur le Souscripteur

En application de l'Ordonnance n° 2009-104 du 30 janvier 2009 relative à la prévention de l'utilisation du système financier aux fins de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme, la Mutuelle est tenue de recueillir certaines informations d'identification et de connaissance du client. Dans ce cadre, le Souscripteur remettra à la mutuelle avant la signature du présent contrat un extrait kbis à jour ainsi qu'une copie de la pièce d'identité du signataire du contrat.

10-4 Information du changement de situation

Le Membre Participant s'engage à informer la Mutuelle, dans un délai de trente jours à compter de la date de l'événement, de tout changement de domicile, de situation personnelle, de domiciliation bancaire et plus généralement, de tout événement ou situation pouvant avoir un effet sur les dispositions du contrat, à l'exception des informations à caractère médical dont la Mutuelle ne peut se prévaloir.

10-5 Redressement ou Liquidation judiciaire

Le Souscripteur s'engage à tenir informée la Mutuelle en cas de dépôt de déclaration de cessation des paiements ou de procédure collective, dans un délai de 15 jours à compter du dépôt de la déclaration ou du jugement d'ouverture de la procédure.

CHAPITRE 3 : COTISATIONS

Article 11. FIXATION DES COTISATIONS

- La cotisation est fixée pour l'année civile. Elle est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la Mutuelle.

À cette cotisation peuvent s'ajouter les cotisations spéciales destinées soit à un organisme fédéral, soit à des organismes techniques publics ou privés, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.

En plus de sa cotisation, le Membre Participant s'acquitte des impôts, taxes, prélèvements divers dans les conditions prévues par les textes législatifs et réglementaires et dont la Mutuelle est chargée du recouvrement.

- La cotisation peut être révisée chaque année par la Mutuelle à la date de l'échéance annuelle en fonction du résultat technique du contrat et/ou d'une modification du risque (population assurée, type de contrat, modifications des garanties, évolution prévisionnelle des dépenses de santé ...).

Lorsque le risque se trouve modifié du fait de l'entrée en vigueur d'un nouveau dispositif législatif ou réglementaire ou en cas de modification de la réglementation fiscale ou sociale impactant ses contrats et/ou les garanties, la Mutuelle pourra être amenée à procéder en cours d'année à des réactualisations de prestations et de cotisations pour tenir compte des modifications intervenues.

Paraphes :



Article 12. PAIEMENT DES COTISATIONS

12-1 Principe général

La cotisation est payable trimestriellement à terme échu. Son paiement peut faire l'objet d'un fractionnement sur une période différente (mensuellement, annuellement ...). Pour ce faire, il est nécessaire d'en faire la demande auprès d'un chargé de clientèle France Mutuelle.

12-2 Modalités de paiement

Les cotisations sont réglées par le Souscripteur à chaque échéance de paiement et selon les modalités définies dans les conditions particulières, sur appels adressés par la Mutuelle.

Chaque paiement doit être accompagné de la déclaration indiquant :

- le nombre de Membres Participants à la fin de la période contractuelle correspondante; pour le Membre Participant nouvellement inscrit, la cotisation est due à compter de la date d'entrée dans le groupe et signalée par l'employeur; pour le membre radié, la cotisation est due jusqu'au jour où il cesse d'appartenir au groupe.
- éventuellement, l'assiette servant de base au calcul de la cotisation pour la période concernée.

12-3 Bordereau annuel des Membres Participants

Le Souscripteur fait parvenir à la Mutuelle, au plus tard le 31 janvier de chaque année, la liste des Membres Participants le concernant, précisant pour chacun d'eux : ses nom, prénoms, date de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité Sociale, situation de famille, éventuellement le salaire perçu au titre de l'année civile écoulée, sa date d'entrée et de sortie.

La Mutuelle pourra demander chaque trimestre les renseignements concernant les nouveaux Membres Participants, leur date d'entrée et de sortie.

L'employeur tiendra ses états de salaires et de personnel à la disposition de la Mutuelle pour consultation éventuelle.

Article 13. NON PAIEMENT DES COTISATIONS

L'adhésion est maintenue tant que le Souscripteur s'acquitte de ses cotisations, quelle que soit la garantie souscrite.

À défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie peut être suspendue trente jours après la mise en demeure du Souscripteur.

Dans sa lettre de mise en demeure, la Mutuelle informe le Souscripteur des conséquences que ce défaut peut entraîner sur la poursuite de la garantie. Le Membre Participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu ci-dessus, le défaut de paiement de la cotisation par le Souscripteur peut entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il décide de se substituer au Souscripteur pour le paiement des cotisations arriérées.

Sauf décision contraire de la Mutuelle, la garantie reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension et, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

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

À défaut de résiliation par la mutuelle, des majorations de retard pourront être appliquées à l'employeur pour tout retard de paiement supérieur à dix jours, selon les modalités prévues aux statuts de la Mutuelle.

Paraphes :



CHAPITRE 4 : GARANTIES FRAIS DE SANTE

Article 14. DEFINITION DES GARANTIES

Les garanties « frais de santé » ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au Membre Participant et éventuellement à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Ces prestations sont précisées aux conditions particulières du présent contrat.

La Mutuelle prend en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la signature.

Article 15. MONTANT OU TAUX ET NATURE DES PRESTATIONS

Les montants ou taux des prestations concernant les différentes garanties de la Mutuelle sont présentés dans la notice d'information et aux conditions particulières du présent contrat collectif.

L'ensemble des prestations accordées par la Mutuelle est versé exclusivement pour les événements survenus dans la période comprise entre le 1er janvier et le 31 décembre pour laquelle la cotisation a été versée.

La garantie de la Mutuelle contient aux conditions particulières au minimum deux prestations de prévention prises parmi celles fixées après avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire.

Article 16. PRISE EN CHARGE

Toutes les prestations autres que celles mentionnées aux conditions particulières ne sont pas prises en charge par la Mutuelle.

Article 17. CARACTERE INDEMNITAIRE

En application de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, 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 de l'adhérent 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.

Article 18. PLURALITE DE CONTRATS D'ASSURANCE

En cas de pluralité de contrats garantissant l'adhérent, conformément à l'article 2 alinéa 1er du décret n°90-769 du 30 août 1990, 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.

Article 19. REGLEMENT DES PRESTATIONS

Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur le compte du Membre Participant (ou de son ayant droit) soit sur présentation des pièces justificatives ci-dessous, soit en relation directe avec les organismes gestionnaires du régime d'assurance maladie obligatoire. Tout justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé.

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Paraphes :



19-1 Principe général des conditions de remboursement

Pour tous les dossiers, hors échanges CPAM, l'original du décompte de la Sécurité sociale ou de l'impression du décompte Ameli ou de tout autre régime obligatoire ou encore le reçu des tickets modérateurs délivré par les centres de soins, dispensaires... doit être fourni.

L'adhérent doit transmettre à la mutuelle ces justificatifs sur lesquels il lui appartient de faire obligatoirement figurer son numéro d'adhérent qui figure sur le bulletin d'adhésion.

En vue du règlement des prestations dans les limites des garanties souscrites, les pièces justificatives à fournir à la mutuelle sont :

les notes d'honoraires ou de frais, mémoires, ou factures acquittées, établis en bonne et due forme, datés et signés par le praticien ou l'établissement qui les a délivrés, mentionnant, d'une façon précise, les noms et prénoms de la personne soignée ou opérée, la date des soins, la codification et, le cas échéant, la nature des actes pratiqués et n° ADELI ou FINESS ; le décompte original/ Ameli des prestations servies par la Sécurité sociale ou, en cas de refus de prise en charge, une déclaration de cet organisme faisant connaître les raisons pour lesquelles il n'est pas intervenu et notamment pour :

- la prise en charge de la participation forfaitaire sur les actes médicaux dont le tarif est égal ou supérieur à un montant ou à un coefficient fixé par la réglementation sur présentation de la facture acquittée.
- les prestations non prises en charge par la Caisse Maladie figurant dans les fiches et notices d'information, la facture acquittée établie par un praticien habilité et contenant la désignation de l'acte et du bénéficiaire.

19-2 Conditions spécifiques

Concernant certaines garanties, si la formule choisie le prévoit, et sur présentation des justificatifs demandés, la prise en charge de la mutuelle est limitée dans le temps et/ou dans son montant (forfait annuel ou biennuel en optique, chaque année s'entendant en année civile), tel que cela figure dans le tableau des prestations dans les conditions décrites ci-après :

- **pour l'ostéopathie, la chiropraxie, l'étiopathie**, le remboursement de cette prestation s'effectue sur la base de la facture comportant : les nom et prénom du bénéficiaire, la date de la séance, le montant payé pour la consultation, le cachet et la signature du praticien, le numéro d'enregistrement du Professionnel de Santé au fichier ADELI.
- **pour l'acupuncture**, le remboursement de cette prestation s'effectue sur la base du décompte du régime obligatoire et de la facture comportant : les nom et prénom du bénéficiaire, la date de la séance, le montant payé pour la consultation « généraliste » ou « Acte Technique Médical (ATM) », le cachet et la signature du praticien, le numéro d'enregistrement du Professionnel de Santé au fichier ADELI.
- **pour les prothèses dentaires et implants** : FRANCE MUTUELLE prend en charge les prothèses, implants, bridges et appareils amovibles sur présentation d'une facture acquittée avec désignation de l'acte conformément à la nouvelle nomenclature buccodentaire (avenants 2 et 3 à la convention des chirurgiens-dentistes et l'avenant 11 à la convention des médecins).

Toutefois, un refus de prise en charge sera opposé dès lors que :

- la date de la facture présentée est antérieure à l'adhésion à la mutuelle,
- les prothèses dentaires ayant été réalisées à l'étranger, n'ont donné lieu à aucun remboursement par le régime obligatoire français. Ces prothèses dentaires ne sont alors pas remboursées par la mutuelle, sauf pour les adhérents affiliés à la caisse des français à l'étranger (CFE) conformément à l'article 8 des statuts de la mutuelle. De principe non pris en charge par la Sécurité sociale, les implants réalisés à l'étranger ne feront, a fortiori, l'objet d'aucun remboursement de la part de la mutuelle

Afin d'assurer le contrôle des travaux dentaires, le dentiste consultant de la mutuelle se réserve le droit, le cas échéant, de :

Paraphes :



- demander la remise d'une radiographie panoramique à jour,
- ou de soumettre l'adhérent ou son ayant droit à un examen clinique gratuit, celui-ci pouvant, s'il le souhaite, venir à ses frais, assisté de son dentiste personnel.

- **pour l'orthodontie dentofaciale et le surfaçage**, les traitements doivent faire l'objet d'une demande d'entente préalable formulée auprès du médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie. Cette demande doit intervenir avant le 16e anniversaire de l'enfant pour la prise en charge des travaux d'orthodontie. Ces traitements dispensés aux adultes et refusés par la Caisse d'Assurance Maladie sont pris en charge par la Mutuelle dans la limite indiquée dans la garantie et sur présentation de la facture acquittée.
- **pour les frais d'optique**, le remboursement est limité à un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Ce délai de 24 mois est fixe, ne pouvant être ni réduit ni allongé, le renouvellement de l'équipement dans un délai inférieur ne pourra donner lieu à une prise en charge par FRANCE MUTUELLE. Pour les adhésions en cours au 1er janvier 2016, il s'apprécie à compter de cette dernière date à laquelle sont entrées en vigueur les nouvelles garanties conformes au cahier des charges du contrat responsable issu notamment du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014. Pour les adhésions postérieures, le délai s'apprécie à compter de la date d'adhésion à la garantie.

Par dérogation, 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 justifié par une évolution de la vue.

- Le remboursement des frais d'optiques s'effectue sur la base de :
 - la prescription médicale,
 - la facture détaillée de l'opticien mentionnant explicitement d'une part, la nature et le prix des verres, d'autre part, le prix de la monture,
 - en cas de renouvellement de l'équipement intervenant sur une période inférieure à deux ans, la prescription médicale doit porter une mention du médecin ophtalmologue attestant du niveau d'évolution de la vue de l'adhérent ou de son ayant droit.
- **pour les lentilles de contact refusées**, la chirurgie réfractive et les vaccins, la prescription ainsi que la facture acquittée avec la désignation de l'acte.
- **pour les auxiliaires médicaux** exerçant leur pratique dans le cadre fixé par les ordres, en cas de dépassement d'honoraires, la photocopie de la feuille de soins mentionnant « DE » ainsi que la facture correspondante.
- **pour les prestations médicales et médico-chirurgicales exécutées à l'étranger**, à l'exception des prothèses dentaires et implants réalisés à l'étranger qui ne sont pas pris en charge par la mutuelle (voir prothèses dentaires et implants supra), les factures détaillées et le décompte original de la caisse d'assurance maladie française afférent à ces soins à l'étranger.
- **pour les frais de prothèses** (hors prothèses dentaires et implants voir supra) **et d'appareillage**, le décompte de la caisse d'assurance maladie et la facture dûment acquittée justifiant l'achat.
- **pour le matériel acoustique**, le décompte de la Caisse d'Assurance Maladie et la facture dûment acquittée justifiant l'achat, celle-ci est doublée en cas d'appareil stéréophonique.
- **pour la prise en charge hospitalière en établissement conventionné** (sous réserve de l'encaissement de la cotisation) : l'adhérent, son ayant droit ou l'établissement doit adresser à la mutuelle sa demande de prise en charge par courrier à :

GRUPE FRANCE MUTUELLE
Centre de Gestion
10, rue du 4 Septembre
CS 11601

Paraphes :



ou par courriel à pec@francemutuelle.fr ou par fax au numéro : 01 80 18 91 90 afin qu'elle lui délivre une prise en charge évitant ainsi l'avance des frais : ticket modérateur pour le séjour, éventuellement chambre particulière (hors hospitalisation en ambulatoire), et le forfait journalier hospitalier.

En cas de dépassement d'honoraires, l'adhérent ou son ayant droit soumet à la Mutuelle l'original de la facture de l'établissement hospitalier sur laquelle figurent les honoraires (bordereau de facturation S3404 et mode opératoire).

- **Pour les maisons de repos, de convalescence ou de réadaptation**, les frais de chambre particulière font l'objet d'une prise en charge pour la durée maximum prévue par le contrat, et par année civile, sous réserve de l'encaissement de la cotisation. S'il s'agit d'établissement agréé par la caisse d'assurance maladie, mais non conventionné, aucune prise en charge préalable ne peut être établie. L'adhérent doit acquitter l'intégralité des frais et faire parvenir à la mutuelle les pièces justificatives habituelles (décomptes de la caisse d'assurance maladie et factures originales dûment acquittées).
- **pour les autres frais non pris en charge par la caisse d'assurance maladie** : un forfait annuel est accordé notamment sur les médicaments avec ou sans prescription médicale (dont l'homéopathie) mais sans remboursement de la Sécurité sociale, sur les pilules, implants et stérilets contraceptifs, sur les médicaments pour le sevrage tabagique, sur le bilan diététique, sur présentation de la facture acquittée et le cas échéant, de la prescription.

La carte de tiers payant permet de bénéficier d'une dispense d'avance de frais auprès des catégories de professionnels de santé indiqués sur cette carte si ces derniers acceptent le tiers payant.

19-3 Déclaration tardive des demandes de remboursement

La demande de remboursement accompagnée des pièces justificatives doit parvenir à la mutuelle dans un **déla** de deux (2) ans à compter du jour du règlement effectué par la Sécurité sociale ou le cas échéant, à compter de la date de la dépense engagée par le membre participant.

Au-delà, aucun remboursement ne sera effectué par la mutuelle.

19-4 Les services d'Assistance Santé au Quotidien

Conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du code de la mutualité, FRANCE MUTUELLE met à disposition des adhérents et le cas échéant de leurs ayants droit, des services d'assistance. Le détail de ces services ainsi que leurs conditions d'octroi se trouvent en annexe 2 de la notice d'information.

Article 20 : SUBROGATION

L'adhérent s'engage expressément à informer la Mutuelle de l'origine accidentelle des soins qui en découlent. Pour le paiement des prestations, la Mutuelle est subrogée dans les droits et actions de l'adhérent, victime d'un accident, contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Article 21 : FRAUDE A L'ASSURANCE

Le bénéficiaire des prestations est déchu de tout droit à remboursement s'il est sciemment utilisé, au moment de la souscription et tout au long de l'adhésion, des documents falsifiés ou frauduleux. (présentation à la mutuelle de faux certificats de radiation, fausses factures, faux décomptes, fausses déclarations d'hospitalisation ...).

Paraphes :



La déchéance s'applique sur les prestations objets desdits documents falsifiés ou frauduleux.

Les prestations déjà versées par la mutuelle se révélant infondées au visa de la présente clause seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu.

Article 22. DELIT ET FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE

En cas de délit intentionnel (fraude, escroquerie notamment), le Membre Participant porte volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle. Par conséquent, la mutuelle peut procéder à son exclusion dans les conditions fixées au règlement intérieur. L'exclusion n'emporte pas renonciation par la mutuelle aux voies de recours qui lui sont ouvertes par la législation en vigueur, à l'encontre du Membre Participant. L'exclusion ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au Membre Participant 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 omis 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. Dans ce cas, la Mutuelle peut procéder à l'exclusion du Membre Participant et pourra exiger le remboursement des prestations indûment perçues. Les cotisations versées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

CHAPITRE 5 : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 23. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations concernant l'adhérent et ses ayants droit sont nécessaires à la gestion de votre dossier. L'adhérent peut demander communication, suppression ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, dans ceux de ses mandataires et réassureurs. Il peut exercer ce droit d'accès, de suppression et de rectification en écrivant à :

FRANCE MUTUELLE
Correspondant informatique et libertés
Centre de gestion
10, rue du 4 Septembre CS 11601
75 089 Paris Cedex 02

L'adhérent peut s'opposer à ce que ces coordonnées soient communiquées à des entreprises extérieures dans un but de prospection commerciale, en adressant à la mutuelle un courrier demandant qu'aucune information le concernant ne soit communiquée à des tiers.

Article 24. EXONERATIONS FISCALES ET SOCIALES

Dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire et responsable, le Souscripteur et/ou les Membres Participants peuvent bénéficier des exonérations sociales et des déductions fiscales prévues par la loi n°2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, dite « loi Fillon », sous réserve du respect par ces derniers de la réglementation en vigueur, notamment du décret n°2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire, du décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014. relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales et des recommandations de l'administration fiscale et sociale en la matière.

Paraphes :



Article 25. RECLAMATIONS- MEDIATION- COMPETENCE TERRITORIALE

En cas de désaccord ou d'insatisfaction concernant l'application ou l'interprétation des Statuts, du Règlement Intérieur ou de la présente notice d'information, l'adhérent peut écrire à l'adresse suivante :

Groupe France Mutuelle
Service Relations Adhérents
10, rue du 4 Septembre
CS 11601
75 089 Paris Cedex 02
E-mail :adherent@francemutuelle.fr

La mutuelle s'engage à traiter les dossiers en respectant un délai de dix jours ouvrables pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai.

Après épuisement de ces voies de recours et si le litige persiste, l'adhérent a la possibilité de saisir, par écrit, le médiateur de la mutuelle. Sa réclamation ainsi que l'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier devront être communiqués à l'adresse suivante :

Fédération Nationale de la Mutualité Française (F.N.M.F.)
Le Médiateur
255 rue de Vaugirard 75015 PARIS

Il est possible de consulter la charte de la médiation précisant les différents engagements sur le site Internet (<http://www.francemutuelle.fr/>) ou sur simple demande auprès de la mutuelle.

En cas de litige qui ne trouverait pas de résolution amiable, les tribunaux du siège de la mutuelle sont compétents.

Article 25. DROIT APPLICABLE - LANGUE DU CONTRAT

Le présent contrat est soumis au droit français, à l'exclusion de toute autre législation.

Il est rédigé en langue française. Dans le cas où il serait traduit en une ou plusieurs langues, seul le texte français ferait foi en cas de litige.

Article 26. PRESCRIPTION DE L'ACTION

En application des articles L. 221-11 et L 221-12 du code de la mutualité, toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, qu'à partir du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, qu'à partir 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, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du code civil à savoir :

- la reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Paraphes :



- la demande en justice (même en référé)
- un acte d'exécution forcée

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Article 27. ELECTION DE DOMICILE

Pour l'exécution du présent contrat, les parties font respectivement élection de domicile en leur siège social respectif.

Article 28. AUTORITE DE CONTROLE PRUDENTIEL ET DE RESOLUTION

Conformément au Code de la Mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située 61, rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09 (www.acpr.banque-france.fr).

Paraphes :

