

3 rue Franklin CS 30036 93108 Montreuil
Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité
N° SIREN 784 442 899 (www.mnfct.fr)

CONDITIONS GÉNÉRALES

VALANT NOTICE D'INFORMATION À REMETTRE PAR L'EMPLOYEUR AUX AGENTS ET À CONSERVER PAR L'ASSURÉ OU MEMBRE PARTICIPANT

CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE

PRÉAMBULE

Le contrat est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par la personne morale souscriptrice, au profit des collectivités et établissements de son ressort, et de leurs agents, auprès de la Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales, dont le siège social est situé 3 rue Franklin CS 30036 93108 Montreuil, Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 784 442 899, ci-après désigné par le terme « Organisme Assureur ».

En application de l'article L.211-5 du Code de la Mutualité, APIVIA Mutuelle, mutuelle soumise au Livre II du Code de la Mutualité (SIREN 775 709 710), ayant son siège 45-49 avenue Jean Moulin CS 60000 - 17034 La Rochelle Cedex 1, se substitue intégralement à la Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales (MNFC) pour la constitution des garanties d'assurance maladie et accident offertes aux membres participants de la MNFC et à leurs ayants droit ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches d'assurance 1 et 2 tels qu'ils sont définis dans les règlements mutualistes de la MNFC et s'il y a lieu dans les contrats collectifs.

APIVIA Mutuelle donne à la MNFC sa caution solidaire pour l'ensemble des engagements financiers et charges de la substituée, y compris non assurantiels vis-à-vis des membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale.

Si l'agrément d'APIVIA Mutuelle lui était retiré ou était déclaré caduc pour les branches 1 et 2 les garanties seraient résiliées le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou membre participant qui a acquitté la cotisation.

Les dispositions contractuelles comprennent les conditions générales du contrat collectif à adhésion facultative ainsi que les conditions particulières propres à la personne morale souscriptrice.

Le contrat a pour objet de définir les modalités et conditions selon lesquelles La Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales assure au bénéfice des agents des collectivités et établissements du ressort de la personne morale souscriptrice remplissant les conditions définies aux conditions particulières, une garantie complémentaire collective « Frais de santé » à adhésion facultative.

Ce contrat concerne l'ensemble des agents en activité y compris les agents en arrêt de travail des collectivités et établissements du ressort de la personne morale souscriptrice, de droit public ou de droit privé, ainsi que les retraités des collectivités et établissements du ressort de la personne morale souscriptrice, et leurs familles.

L'adhésion au contrat est individuelle et facultative.

Ce présent document vaut également notice d'information et est remis à l'agent par son Employeur. Ce dernier informe chaque agent des éventuelles modifications apportées à ses droits et obligations par la remise de nouvelles Conditions Générales valant notice d'information.

- Chaque agent membre du personnel ou retraité admis à l'assurance est appelé « Membre Participant »
- La collectivité ou l'établissement du ressort de la personne morale souscriptrice est appelé « Adhérent » ou « personne morale adhérente »
- La personne morale souscriptrice est appelée « personne morale souscriptrice »

L'offre est conforme à la réglementation française en vigueur (code de la mutualité, code des assurances, code de la consommation, code la Sécurité Sociale...). La langue utilisée est le français.

La Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales a délégué la gestion des contrats, des cotisations et des prestations de soins à son GIE Couleurs Mutuelles, dont le siège est situé 20 rue de la Broche 79 000 NIORT, et immatriculé au RCS de Niort (79) sous le numéro 798 576 245.

- Le GIE Couleurs Mutuelles est nommé « Gestionnaire » dans le présent document.

LES DÉFINITIONS ESSENTIELLES POUR COMPRENDRE L'OFFRE

Les définitions ci-dessous visent à faciliter la compréhension de l'offre. Un lexique des termes techniques est également disponible en fin de document.

ASSURÉ ou BÉNÉFICIAIRE

Personne physique nommément désignée dans le bulletin d'adhésion individuel sur qui reposent les garanties.

CONTRAT FACULTATIF

Ce terme désigne le contrat collectif à adhésion facultative souscrit par la personne morale souscriptrice auprès de l'Organisme Assureur et ayant pour objet de proposer au Membre Participant des garanties complémentaires tant pour lui-même que pour ses ayants droit.

PERSONNE MORALE SOUSCRIPTRICE

Personne morale ayant souscrit le contrat collectif à adhésion facultative au profit des agents des collectivités et établissements de son ressort.

PERSONNE MORALE ADHÉRENTE

La collectivité ou l'établissement du ressort de la personne morale souscriptrice, ayant adhéré au contrat collectif souscrit par la personne morale souscriptrice.

GESTIONNAIRE

GIE Couleurs Mutuelles, dont le siège est situé 20 rue de la Broche 79 000 NIORT, et immatriculé au RCS de Niort (79) sous le numéro 798 576 245.

MEMBRE PARTICIPANT

Agent défini aux conditions particulières. L'agent peut choisir d'adhérer à l'une des formules du contrat collectif à adhésion facultative pour lui-même et ses ayants droit.

L'ORGANISME ASSUREUR

La Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales, dont le siège social est situé 3 rue Franklin CS 30036 93108 Montreuil, Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 784 442 899.

CHAPITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 – NATURE ET OBJET DU CONTRAT

Ce contrat a pour objet de proposer au Membre Participant, tant pour lui-même que pour ses éventuels ayants droit, des garanties complémentaires collectives en complément des prestations en nature versées par le Régime Obligatoire d'assurance maladie, des frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident garanti, prescrits par une autorité médicale qualifiée, sous réserve des frais réellement engagés et des dispositions prévues aux présentes conditions générales et conditions particulières.

Le présent contrat facultatif est composé :

- Des conditions générales décrites dans le présent document
- Des conditions particulières, du bulletin d'adhésion employeur et du bulletin d'adhésion individuel qui forment un tout indivisible.

Ces remboursements sont accordés sous réserve des limitations de garanties et exclusions prévues aux présentes conditions générales. Le contrat permet également de bénéficier de garanties d'assistance.

ARTICLE 2 – DATE D'EFFET ET DURÉE DU CONTRAT

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

Il est conclu pour une durée précisée aux conditions particulières.

Il peut être résilié par la personne morale souscriptrice selon les dispositions prévues aux conditions particulières.

Il peut être résilié au 31 décembre de chaque année à l'initiative de l'assureur, par lettre recommandée avec accusé réception, moyennant un préavis indiqué aux conditions particulières.

La résiliation du contrat est effective le 31 décembre de l'année de dénonciation à minuit.

ARTICLE 3 – ADHÉSION DE LA PERSONNE MORALE ADHÉRENTE

Pour adhérer au contrat facultatif, l'employeur doit compléter, dater et signer le bulletin d'adhésion employeur délivré par l'Organisme Assureur. L'adhésion de la personne morale adhérente prend effet au plus tôt à la date d'effet du contrat collectif ou à la date précisée sur le bulletin d'adhésion employeur.

La personne morale adhérente peut demander la résiliation de son adhésion au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec accusé réception, moyennant un préavis indiqué aux conditions particulières.

La résiliation du contrat est effective le 31 décembre de l'année de dénonciation à minuit.

ARTICLE 4 – ADHÉSION DU MEMBRE PARTICIPANT

Pour adhérer au contrat facultatif, le Membre Participant doit appartenir au groupe assuré soit :

- L'ensemble du personnel relevant de la catégorie bénéficiaire précisée aux conditions particulières, pour lequel le contrat a été souscrit, et régulièrement inscrit sur le registre du personnel de la personne morale adhérente,
- L'ensemble des agents retraités dont la personne morale adhérente était le dernier employeur.

Le Membre Participant et ses ayants droit peuvent choisir un niveau de garantie parmi ceux prévus aux conditions particulières. La formule de garantie choisie est déterminée sur le bulletin d'adhésion individuel à compléter.

Préalablement à l'adhésion, la MNFCT devra avoir remis :

- Le document d'information sur le produit d'assurance (DIPA),
- Le bulletin d'adhésion, les documents « Statuts », « Règlement Intérieur » et le présent règlement

ARTICLE 5 : AYANTS DROIT

Affiliation des ayants droit

L'affiliation des ayants droit du Membre Participant est facultative.

Définition des ayants droit

Sont considérés comme ayants droit du Membre Participant :

- Les personnes considérées par la Sécurité Sociale comme étant à sa charge,
- Son conjoint assuré social (ou la personne, assurée sociale, qui vit maritalement avec le Membre Participant ou qui lui est lié par un pacte civil de solidarité) et les personnes considérées par la Sécurité Sociale comme étant à la charge de celui-ci,
- Les enfants assurés sociaux âgés de moins de 26 ans et appartenant à l'une des catégories suivantes :
 - Etudiants de l'enseignement secondaire ou supérieur (y compris dans le cadre d'une formation en alternance : contrat d'apprentissage, contrat de qualification...), sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée pendant plus de 3 mois dans l'année ou que la rémunération versée par l'employeur ne dépasse pas 60% du SMIC ;
 - A la recherche d'un premier emploi à condition d'être inscrits comme tels auprès de Pôle Emploi.
- Les enfants assurés sociaux sans limite d'âge lorsqu'ils perçoivent l'une des allocations pour personnes handicapées.

Prise d'effet des garanties des ayants droit

Les garanties des ayants droit prennent effet en même temps que l'adhésion de l'agent au contrat selon les dispositions prévues à l'article 6 des présentes conditions générales.

En outre, en cas de modification de la situation de famille (mariage, naissance, divorce, ...), lorsque la demande est reçue dans les 30 jours qui suivent l'événement, la modification de situation prend effet au 1^{er} jour du mois de cet événement.

Une adhésion rétroactive au 1^{er} jour du mois est assortie du paiement intégral de la cotisation du mois considéré.

Cessation de l'assurance des ayants droit

La qualité d'ayants droit se poursuit jusqu'au 31 décembre de l'année au titre de laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions pour être considérés comme ayants droit du Membre Participant.

Le Membre Participant peut demander la radiation de l'assurance de tout ou partie de ses ayants droit par lettre recommandée moyennant le respect d'un préavis de deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours. Cette radiation prend effet au 31 décembre de l'année de la demande.

En cas de modification de la situation de famille, le Membre Participant peut néanmoins demander en cours d'exercice la radiation de l'assurance de tout ou partie de ses ayants droit par lettre recommandée.

ARTICLE 6 – DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

A la date d'effet de l'adhésion de la personne morale adhérente : L'adhésion des agents prend effet à la même date d'effet de l'adhésion de la personne morale adhérente sous réserve de répondre aux conditions cumulatives suivantes :

- Être inscrit sur le registre du personnel de la personne morale adhérente,
- Avoir complété le bulletin d'adhésion individuel,
- Avoir payé la cotisation.

En cours d'effet de l'adhésion de la personne morale adhérente : l'adhésion des agents prend effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de signature du bulletin d'adhésion individuel, sous réserve de répondre aux conditions cumulatives suivantes :

- Être inscrit sur le registre du personnel de la personne morale adhérente,
- Avoir complété le bulletin d'adhésion individuel,
- Avoir payé la cotisation.

Dans ce cas, l'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

Toutefois, en cas de demande expresse du Membre Participant, l'adhésion peut prendre effet au 1^{er} jour du mois considéré, en cas de demande d'adhésion avant le 15 du mois. En outre, en cas de modification de la situation de famille (mariage, naissance, divorce, ...), lorsque la demande est reçue dans les 30 jours qui suivent l'événement, la modification de situation prend effet au 1^{er} jour du mois de cet événement.

Une adhésion rétroactive au 1^{er} jour du mois est assortie du paiement intégral de la cotisation du mois considéré.

L'adhésion est souscrite pour une période allant de sa date d'effet au plus jusqu'à la date de fin d'effet mentionnée aux conditions particulières, sauf résiliation notifiée dans les conditions prévues à l'article 9 ci-après.

ARTICLE 7 : DÉCLARATIONS

Entrée dans l'assurance

La personne morale adhérente doit fournir à l'Organisme Assureur, pour chaque Membre Participant entré dans l'assurance :

- Le bulletin d'adhésion individuel délivré par celui-ci, dûment complété et signé par le Membre Participant accompagné des documents nécessaires (attestation papier d'assuré social, justificatif de scolarité, copie de la carte d'étudiant...)

OU

- La liste des agents ainsi que les informations nécessaires (notamment pour la mise en place de la télétransmission).

Le Gestionnaire se réserve le droit, à tout moment, de demander au Membre Participant de lui adresser les justificatifs de la qualité d'ayant droit des personnes couvertes par son adhésion.

Modification de la situation d'un Membre Participant

Toute modification de la situation d'un Membre Participant doit faire l'objet d'une information immédiate de la part de ce dernier au Gestionnaire et de la fourniture des documents adéquats tels que susvisés.

S'agissant de l'ajout d'un ayant droit nouveau-né, la photocopie de la page correspondante du livret de famille doit être transmise ou un extrait de l'acte de naissance.

Sortie de l'assurance

Toute sortie de l'assurance d'un Membre Participant ou d'un ayant droit doit faire l'objet d'une information immédiate au Gestionnaire. A défaut, le Gestionnaire se retournera contre le Membre Participant pour récupérer toutes les prestations indûment perçues. En cas de décès d'un Membre Participant, la personne morale adhérente doit en informer le Gestionnaire dans les deux mois suivant le décès.

ARTICLE 8 – MODIFICATION DE FORMULES

Le Membre Participant peut demander la modification de la formule choisie à la hausse ou à la baisse sous réserve qu'il bénéficie de sa formule depuis plus de 12 mois. La modification des garanties prend effet à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion individuel, et au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la signature de la demande.

ARTICLE 9 – CESSATION DES GARANTIES

Le Membre Participant peut dénoncer son adhésion par lettre recommandée moyennant un préavis de deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours.

La dénonciation prend effet le 31 décembre de l'année de réception de la demande, à minuit.

Les garanties cessent également :

- En cas de résiliation par la personne morale souscriptrice du présent contrat collectif
- A la date à laquelle le Membre Participant n'appartient plus à la catégorie de personnel visée par les conditions particulières
- En cas de non-paiement des cotisations dans les conditions définies au présent document

ARTICLE 10 - RÉVISION DES GARANTIES

Les garanties sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de la conclusion des contrats.

Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

En cas de désaccord, le Membre Participant doit en aviser le Gestionnaire par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la modification. Ce refus entraîne la fin de l'adhésion immédiatement. A défaut, le Membre Participant est réputé accepter le changement.

CHAPITRE II : COTISATION

ARTICLE 11 – MONTANT DE LA COTISATION

La cotisation annuelle est due à l'Organisme Assureur, soit par la personne morale adhérente en cas de précompte, soit par chaque membre participant en l'absence de précompte par la personne morale adhérente. Elle est payable, en France et en euros, mensuellement ou trimestriellement à terme échu en cas de précompte par la personne morale adhérente et mensuellement d'avance en l'absence de précompte par la personne morale adhérente.

L'intégralité de la cotisation est appelée auprès soit de la personne morale adhérente en cas de précompte par celle-ci, soit de chaque membre participant en l'absence de précompte, par le gestionnaire du contrat.

Cette cotisation comprend :

- Les impôts, taxes et contributions perçus par l'Etat ou par toutes autres collectivités publiques, et dont l'assiette est constituée des cotisations encaissées par les mutuelles et/ou, par les organismes d'assurance
- Les cotisations spéciales destinées aux unions ou fédérations auxquelles adhèrent les organismes d'assurance, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.

ARTICLE 12 – INDEXATION ET RÉVISION DE LA COTISATION

La tarification est établie sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de sa conclusion. La tarification est revue sans délai en cas de changement de ces textes.

La cotisation est indexée chaque année, au 1^{er} janvier, en fonction de l'évolution du plafond de la Sécurité Sociale. Elle peut évoluer, le cas échéant, en fonction des résultats constatés, et des perspectives d'évolutions de la sinistralité du produit.

L'évolution des cotisations ainsi définie est soumise à la personne morale souscriptrice pour acceptation.

En cas de désaccord par la personne morale souscriptrice, celle-ci doit en aviser le Gestionnaire par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de l'avis d'échéance, conformément aux dispositions de l'article L 221-6 du code de la Mutualité.

ARTICLE 13 – PAIEMENT ET FRACTIONNEMENT DE LA COTISATION

Paiement par la personne morale adhérente

La personne morale adhérente a le choix entre un paiement mensuel ou un paiement trimestriel de la cotisation. Ce choix est mentionné dans le bulletin d'adhésion employeur. La cotisation est payable à terme échu.

Elle doit être payée dans les 10 jours suivant l'échéance de cotisation.

Les moyens de paiement sont établis par la personne morale adhérente, seule responsable du paiement de la totalité des cotisations y compris la part salariale précomptée sur le salaire du Membre Participant.

En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'Employeur ou à un maintien partiel ou total de salaire, la cotisation continue d'être due dans les mêmes conditions que pour le personnel en activité.

Paiement par le Membre participant

Dans le cas où la cotisation n'est pas précomptée sur le salaire du membre participant par l'Employeur, la cotisation est payable par prélèvement automatique sur un compte bancaire mentionné par le membre participant sur le bulletin d'adhésion individuel.

ARTICLE 14 – NON PAIEMENT DE LA COTISATION

Non-paiement par la personne morale adhérente

Conformément aux dispositions de l'article L 221-8 §1 du code de la Mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'Organisme Assureur d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de la personne morale adhérente et de poursuivre en justice l'exécution du contrat collectif, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure de la personne morale adhérente.

Dans la lettre de mise en demeure qu'il adresse à la personne morale adhérente, le Gestionnaire l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le Membre Participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par la personne morale adhérente est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif sauf s'il entreprend de se substituer à la personne morale adhérente pour le paiement des cotisations.

L'Organisme Assureur a le droit de résilier le contrat collectif 10 jours après le délai de 30 jours mentionné ci-dessus.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

La garantie subsiste en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaire de la personne morale adhérente. En cas de résiliation de l'adhésion ou du contrat en application de l'article L. 622-13 du code de commerce, la portion de cotisation afférente au temps pendant lequel l'Organisme Assureur ne couvre plus le risque est restituée au débiteur.

Non-paiement par le Membre Participant

Conformément aux dispositions de l'article L 221-8 §2 du code de la Mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation par le Membre Participant dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'Organisme Assureur de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, le Gestionnaire lui adresse, à son dernier domicile connu, une lettre recommandée de mise en demeure l'informant que l'affiliation de ses ayants droit sera résiliée 40 jours après l'envoi de cette lettre, si la cotisation reste impayée.

ARTICLE 15 – DÉLAI DE RÉTRACTATION

Dans le cadre d'un contrat souscrit à distance, à la suite d'un démarchage téléphonique ou hors établissement, le Membre Participant dispose d'un délai de 14 jours à compter de la conclusion du contrat pour revenir sur sa décision et ce, conformément à l'article L 121-21 du code de la consommation.

Suivant les dispositions de l'article L 121-21-2 du code de la consommation, le Membre Participant informe le Gestionnaire de sa décision de rétractation en lui adressant, avant l'expiration du délai de 14 jours, le formulaire de rétractation mis à disposition conformément à l'article L 121-17 du même code, ou toute autre déclaration, dénuée d'ambiguïté, exprimant sa volonté de se rétracter.

- La cotisation dont le Membre Participant est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et son éventuelle rétractation.
- En cas de rétractation, le Membre Participant est informé que :
 - . Si des prestations ont été versées, il s'engage à rembourser à l'Organisme Assureur les montants perçus dans un délai de 14 jours.
 - . Si des cotisations ont été perçues, l'ORGANISME ASSUREUR les remboursera dans un délai de 14 jours, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie et des prestations éventuellement versées durant cette période.

Vous trouverez ci-dessous les informations nécessaires à l'exercice de votre droit de rétractation (ANNEXE à l'article R. 121-2 du code de la consommation).

Vous avez le droit de vous rétracter du présent contrat sans donner de motif dans un délai de quatorze jours.

Le délai de rétractation expire quatorze jours après le jour de la conclusion du contrat.

Pour exercer le droit de rétractation, vous devez nous notifier à MNFCT Centre de gestion de Niort CS 30000 79077 Niort cedex 9 votre décision de rétractation du présent contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté (par exemple, lettre envoyée par la poste, télécopie ou courrier électronique).

Vous pouvez utiliser le modèle de formulaire de rétractation mais ce n'est pas obligatoire.

Pour que le délai de rétractation soit respecté, il suffit que vous transmettiez votre communication relative à l'exercice du droit de rétractation avant l'expiration du délai de rétractation.

Effets de rétractation

En cas de rétractation de votre part du présent contrat, nous vous rembourserons tous les paiements reçus de vous, sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard quatorze jours à compter du jour où nous sommes informés de votre décision de rétractation du présent contrat. Nous procéderons au remboursement en utilisant le même moyen de paiement que celui que vous aurez utilisé pour la transaction initiale, sauf si vous convenez expressément d'un moyen différent ; en tout état de cause, ce remboursement n'occasionnera pas de frais pour vous.

Vous devrez nous retourner votre carte de tiers payant à l'adresse de la MNFCT indiquée ci-dessus, et le cas échéant, nous rembourser les prestations versées, sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard 14 jours après notre demande de remboursement ou de restitution, faisant suite à votre décision de rétractation.

MODÈLE DE FORMULAIRE DE RÉTRACTATION (ANNEXE à l'article R 121-1 du code de la consommation)

(Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire uniquement si vous souhaitez vous rétracter du contrat.)

A l'attention de : MNFCT Centre de gestion de Niort CS 30000 79077 Niort cedex 9.

Je vous notifie par la présente ma rétractation de mon adhésion au contrat complémentaire santé facultatif signé le :

Nom de l'adhérent : _____

Adresse de l'adhérent : _____

Si des cotisations ont été perçues :

- Je vous prie de me rembourser les cotisations, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie.

- Je m'engage de mon côté à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

Date : _____

Signature de l'adhérent :

(uniquement en cas de notification du présent formulaire sur papier).

CHAPITRE III : NIVEAU DES GARANTIES

Les formules de prestations respectent les obligations prévues à l'article L.911-7 du code de la Sécurité Sociale relatif au panier de soins minimum ainsi que les dispositions relatives aux contrats responsables.

Elles sont fixées aux conditions particulières et s'appliquent au Membre Participant et à ses éventuels ayants droit.

Lorsque les conditions particulières le prévoient, le Membre Participant peut choisir pour lui-même comme pour ses éventuels ayants droit, le niveau des garanties, en sélectionnant sur le bulletin d'adhésion individuel l'une des formules proposées.

Les tableaux de garanties indiquent les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré ayant respecté le parcours de soins. Ces remboursements sont effectués en excluant la participation forfaitaire et la franchise annuelle de l'assuré qui restent à sa charge et dans la limite des dépenses engagées par l'assuré, conformément à la loi.

Les pourcentages sont exprimés par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité Sociale. Les forfaits en euros s'entendent par assuré et par année civile sauf précision contraire.

Les garanties définies aux conditions particulières et en annexe s'entendent sous déduction des prestations versées par le Régime Obligatoire de la Sécurité Sociale.

Garanties annexes :

Le Membre Participant ainsi que ses éventuels ayants droit, bénéficient également en inclusion au contrat collectif :

- Du réseau de soins Santéclair. Ce réseau permet de bénéficier d'un service d'analyse de devis/conseils mais également de tarifs négociés et de contrôles de qualité auprès de nombreux professionnels de santé. Pour trouver les professionnels de santé membres du réseau Santéclair, il suffit de consulter l'outil de géolocalisation dans l'espace personnel de l'adhérent (actiweb) accessible via le site www.mnfct.fr. Les membres participants et leur(s) ayant(s) droit conservent la liberté de choix de leur professionnel de santé.
- D'une garantie assistance pour l'assistance à domicile, souscrite auprès d'IMA Assurances, SA au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le code des assurances, dont le siège social se situe 118 avenue de Paris, 79000 NIORT, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le n° 481 511 632 et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Taitbout, 75436 PARIS cedex 09.

Le détail des conditions générales, valant notice d'information de la Garantie Assistance, est annexé.

CHAPITRE IV : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 16 : SUBROGATION

L'Organisme Assureur est subrogé dans les droits et actions du Membre Participant ou de ses ayants droit contre le tiers responsable. L'Organisme Assureur peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'il a exposées à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

ARTICLE 17 : PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L.221-11 du code de la mutualité, il s'agit du délai au-delà duquel toute demande relative au contrat d'assurance n'est plus recevable.

Toute action dérivant de ce dernier est prescrite par un délai de 2 ans à partir de l'évènement 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, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union 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 prévues par les articles 2240 et suivants du Code civil (demande en justice, reconnaissance par le débiteur du droit de l'autre partie, mesure conservatoire ou acte d'exécution forcé) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 18 : RÉCLAMATIONS

Pour toute réclamation portant sur le traitement de son dossier (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) le membre participant s'adresse aux points de contacts délivrés sur toutes les correspondances MNFCT.

Sa réclamation devra être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande par téléphone, c'est-à-dire au 09 70 82 00 43, qui veillera à répondre dans un délai maximal de dix (10) jours, à compter de la demande.

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, l'adhérent pourra adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante : MNFCT - Service Réclamations - Centre de Gestion – CS 30000 – 79077 NIORT Cedex 9.

Une réponse sera alors formulée dans un délai de dix (10) jours à compter de la réception du courrier de réclamation.

Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, la MNFCT enverra un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse. Ce courrier d'accusé de réception sera envoyé dans un délai de dix (10) jours ouvrables qui suivent la réception de la réclamation.

ARTICLE 19 : MÉDIATION

Si aucune solution n'est trouvée à l'issue de l'examen du courrier de réclamation ou en cas d'insatisfaction de la réponse apportée, le membre participant pourra saisir l'avis du médiateur. Ce dernier peut être saisi soit par courrier adressé au service médiation de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) – 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15 ou directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

L'avis du médiateur ne s'impose pas aux parties qui restent libres de faire valoir leurs droits en justice.

ARTICLE 20 : INFORMATION DU MEMBRE PARTICIPANT

La personne morale adhérente est tenu de remettre à chaque Membre Participant la notice d'information visée à l'article L. 221-6 du code de la mutualité, établie par l'assureur et de l'informer des éventuelles modifications apportées à ses droits et obligations.

La personne morale adhérente s'engage également à remettre à chaque Membre Participant une copie des statuts de l'Organisme Assureur.

La preuve de la remise au Membre Participant de la notice d'information, des statuts et de l'information relative aux éventuelles modifications incombe à la personne morale adhérente.

ARTICLE 21 : PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données recueillies feront l'objet de traitements par la MNFCT, responsable de traitements, pour la passation, la gestion, l'exécution des contrats d'assurance ainsi qu'à des fins de prospection et gestion commerciales. Elles pourront être transmises aux entités du groupe Macif et notamment à ses partenaires aux mêmes fins. Elles seront aussi traitées pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Vos données feront l'objet d'un traitement de lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Le cas échéant, vous pouvez retirer votre consentement aux traitements des données ce qui aura pour effet de les faire cesser. Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr). Nous vous informons que vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Le membre participant peut exercer ces différents droits en contactant directement le délégué à la protection des données à caractère personnel soit par courriel à dpo@mnfct.fr ou par courrier (Direction Générale de la MNFCT – Correspondant délégué à la Protection des Données, 3 rue Franklin, CS 30036 93108 MONTREUIL Cedex)

ARTICLE 22 : AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La MNFCT est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

ARTICLE 23 : DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et notamment les dispositions issues du Code Monétaire et Financier, la Mutuelle se doit de connaître au mieux ses membres participants et leurs ayants droit éventuels. Elle est ainsi fondée à demander aux membres participants et leurs ayants droit, la justification de leur identité et certaines informations complémentaires, telle que la justification de l'origine des fonds versés à la Mutuelle à titre de paiement des cotisations lorsque notamment leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil.

ARTICLE 24 : RAPPORT ANNUEL

L'Organisme Assureur remet chaque année à la personne morale souscriptrice, au plus tard avant le 30 juin, un rapport technique et financier sur le contrat (sur l'exercice précédent).

CHAPITRE V : DÉFINITION DES GARANTIES

ARTICLE 25 : OBJET DE LA GARANTIE

Définition de la garantie

Les garanties sont établies sur la base de la législation et réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Nature des soins

Les frais de santé pris en charge au titre du présent contrat sont ceux ayant fait l'objet d'un remboursement préalable par le régime de Sécurité Sociale Obligatoire. Toutefois, certains frais de santé n'ayant pas donné lieu à un remboursement du régime de Sécurité Sociale Obligatoire peuvent ouvrir droit à remboursement, sur mention expresse figurant au tableau des prestations.

Quelle que soit la date d'apparition de la maladie ou de l'accident, les frais engagés doivent correspondre à des soins reçus, postérieurement à la date d'effet du contrat et à l'affiliation du Membre Participant ou de l'ayant droit, et en tout état de cause avant la date de cessation de l'assurance.

Lieu des soins

Les présents contrats interviennent pour les soins effectués en France (Départements et Régions d'Outre-mer inclus). Ils interviennent également pour les soins effectués dans le monde entier, selon les garanties prévues à la formule de prestations souscrite, sous réserve qu'ils soient pris en charge par le Régime Obligatoire.

Bases de remboursement

Les bases de remboursement sont fixées dans la formule de prestations retenue par la personne morale souscriptrice et présentée aux conditions particulières, ainsi que dans la formule de prestations éventuellement retenue par le Membre Participant dans le cadre du contrat facultatif et présenté dans le bulletin d'adhésion individuel.

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi dite Evin du 31 décembre 1989, les remboursements ou les indemnités de 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 l'ayant droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

ARTICLE 26 : ÉTENDUE DES GARANTIES

Formule de prestations

La garantie souscrite respecte le cahier des charges des contrats responsables définis aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la Sécurité Sociale et les obligations prévues à l'article L. 911-7 du code de la Sécurité Sociale relatif au panier de soins minimum.

En conséquence, les garanties et les niveaux de remboursement suivront automatiquement les évolutions législatives et réglementaires relatives aux contrats responsables qui pourraient intervenir ultérieurement.

Tiers Payant

Chaque Membre Participant se voit remettre une carte mutualiste portant mention des ayants droit (lorsqu'ils sont couverts) et des actes pouvant se voir appliquer le tiers payant. Cette carte reste la propriété de l'Organisme Assureur.

ARTICLE 27 : GARANTIES - FORFAITS – PLAFONDS

27-1 Le contrat, selon les dispositions des présentes Conditions Générales, assure, en complément du Régime Obligatoire, le remboursement des frais de santé sous forme de prestations variables et/ou forfaitaires dont les montants, sont détaillés dans le tableau de prestations.

27-2 Les montants de remboursement sont exprimés soit en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité Sociale (Base de Remboursement), soit sous la forme d'un forfait en euros.

Ces pourcentages ou forfaits sont valables par année civile et par bénéficiaire, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre, sauf indication contraire explicite.

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite de l'option choisie.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle et payés en euros.

27-3 Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins ayant débuté postérieurement à la date d'effet de l'adhésion et durant la période garantie.

27-4 Le total des remboursements de la Sécurité Sociale et l'Organisme Assureur est toujours, et au maximum, strictement limité au montant des dépenses réellement engagées. Le cumul des prestations perçues par l'assuré ne peut dépasser le montant total des frais réellement exposés.

27-5 Contenu, entrée en vigueur et durée des garanties

Hospitalisation

La prise en charge de la chambre particulière et du lit accompagnant est accordée en cas d'hospitalisation d'au moins une nuit.

Le forfait journalier hospitalier :

Le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements hospitaliers sert à couvrir les frais d'hébergements et d'entretien entraînés par une hospitalisation supérieure à 24 heures dans un établissement public ou privé, y compris le jour de sortie, conformément à la circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales attachées aux contrats responsables, le forfait journalier est garanti sans limite de durée lorsqu'il est facturé par un établissement de santé. Il n'est pas garanti s'il est facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Les actes en secteur hospitalier, honoraires chirurgicaux :

Est pris en charge au titre de cette garantie le remboursement des frais médicaux relatifs à une hospitalisation ou à une intervention chirurgicale dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations, conformément à la circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales attachées aux contrats responsables.

Frais de transport :

Les frais de transport ne sont remboursés que s'ils ont fait l'objet d'une prescription médicale et d'un remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

Honoraires médicaux, consultations, visites :

Les garanties honoraires médicaux, consultations, visites pratiquées pour une consultation au cabinet d'un médecin, spécialiste ou professeur ou pour une visite effectuée par ces derniers au domicile de l'assuré ou pour une consultation en milieu hospitalier, donnent lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations, conformément à la circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales attachées aux contrats responsables.

Acte de prévention

Le contrat prend en charge les actes de prévention suivants listés par l'arrêté du 8 juin 2006 :

- Un détartrage dentaire complet
- Les scellements de sillons 1re et 2nd molaire (pour les assurés de moins de 14 ans)
- Les vaccinations les plus courantes : diphtérie, tétanos, poliomyélite pour tous les âges, BCG avant 6 ans, coqueluche, rubéole pour les adolescentes non vaccinées et les femmes non immunisées désirant un enfant, Haemophilus influenzae B, vaccination contre les infections à pneumocoques pour les enfants de 18 mois.
- Le bilan du langage oral et/ou le bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit (pour les assurés de moins de 14 ans)
- Le dépistage de l'hépatite B
- Le dépistage des troubles de l'audition (une fois tous les 5 ans pour les plus de 50 ans)
- L'ostéodensitométrie (une fois tous les 6 ans pour les femmes de plus de 50 ans).

Le remboursement des actes de prévention est conditionné à leur prise en charge par la Sécurité Sociale.

Cures thermales :

Les cures thermales acceptées par la Sécurité Sociale donnent lieu au remboursement des soins, honoraires, des frais de transport et de séjours dans la limite de 100% de la base de remboursement retenue par la Sécurité Sociale.

A ce Ticket Modérateur et dans la limite réelle des frais engagés, s'ajoute un forfait prévu au tableau des prestations selon le niveau choisi.

Prime naissance ou adoption

La MNFCT a souscrit, un contrat collectif auprès de Macif-Mutualité, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité (SIREN 779 558 501 - Siège social : 22-28 rue Joubert – 75435 Paris cedex 9), au profit de ses membres participants, bénéficiaires du contrat frais de santé, en vue de leur garantir le versement d'une allocation naissance ou adoption, si cette dernière est expressément incluse et prévue au tableau général des prestations.

Dans ce cadre et conformément aux termes de l'article L.221-3 du Code de la mutualité, les membres participants, qui sont bénéficiaires de cette garantie supplémentaire, sont affiliés de plein droit à ce contrat collectif.

Les modalités de mise en œuvre de cette garantie et le montant garanti sont détaillés dans la notice d'information dédiée qui est remise, lors de l'adhésion en complémentaire santé, aux membres participants.

Forfaits médecine naturelle

Lorsque la formule choisie le prévoit, le forfait médecines naturelles est destiné à couvrir des dépenses liées à des consultations d'ostéopathe, d'étiopathe, de chiropracteur, d'acupuncteur, d'homéopathe, pédicure, et diététicien non prises en charge par la Sécurité Sociale et donnant lieu à un remboursement dans la limite du forfait prévu au tableau des prestations

Forfait optique

Le présent contrat respecte les modalités législatives relatives aux contrats dits « responsables ».

A ce titre, quand le tableau des garanties indique que le montant du remboursement d'un équipement optique est supérieur au Ticket Modérateur, le nombre d'équipements (2 verres + 1 monture) est limité à 1 tous les 2 ans par bénéficiaire, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, où les forfaits s'appliquent pour les frais engagés par période d'un an.

Le délai de deux ans s'apprécie par rapport à la date de facturation de l'équipement optique précédent.

Dans tous les cas, le montant du remboursement au titre de la monture est limité à 100 euros au sein du remboursement de l'équipement global.

Les frais liés à l'achat des lentilles (remboursées ou non remboursées) ainsi que les frais liés à la chirurgie corrective et réfractive non remboursables par le Régime Obligatoire pour le traitement de la myopie, de l'hypermétropie et de la presbytie sont pris en charge dans la limite des montants et forfaits prévus au tableau des prestations.

Les forfaits des lentilles remboursées ou non remboursées ne sont pas cumulables.

Le forfait « chirurgie corrective ou réfractive » non remboursé est accordé par année d'assurance et par œil.

Dentaire

Les honoraires payés pour la consultation d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin stomatologiste ainsi que les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux sont remboursables dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations, à la condition qu'ils fassent l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité Sociale.

Forfait « dentaire non remboursable par le Régime Obligatoire » :

Ce forfait est destiné à couvrir les dépenses de prothèses dentaires, d'implants, de parodontologie et d'orthodontie non remboursées par le Régime Obligatoire

ARTICLE 28 : CONTRAT RESPONSABLE

La MNFCT s'inscrit dans le cadre du label « contrat responsable » créé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et respecte le cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » défini aux articles L. 871-1 et R 871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

A ce titre, le contrat intègre notamment le dispositif « 100% santé » issu du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaire dans les conditions et limites fixées à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

En revanche, la mutuelle ne prend pas en charge :

- La majoration de participation mentionnée à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité Sociale et laissée à la charge de l'assuré et de ses ayants droit qui n'ont pas choisi de médecin traitant ou qui consultent un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant dans des cas autres que ceux autorisés par la loi et la réglementation ;
- La majoration de la participation prévue à l'article L.161-36-2 du code de la Sécurité Sociale pour les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter ;
- La franchise obligatoire sur les dépassements d'honoraires autorisés et prévus au 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité Sociale dès que les patients consultent un médecin spécialiste sans prescription préalable de leur médecin traitant et ne relèvent pas d'un protocole de soins ou d'une situation exceptionnelle telle qu'autorisée par la loi et la réglementation ;
- La participation forfaitaire visé au II de l'article L 160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- La franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L 160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- 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 du Code de la Sécurité Sociale et par ses textes d'application

ARTICLE 29 : PAIEMENTS DES REMBOURSEMENTS COMPLÉMENTAIRES

29-1 Lorsque la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dont dépend le Membre Participant et/ou le(s) bénéficiaire(s) est reliée par « télétransmission » avec le Gestionnaire de la Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales, une liaison informatique lui achemine directement l'image des décomptes à partir desquels elle va procéder aux remboursements complémentaires en fonction de l'option choisie. Si l'assuré ne s'oppose pas de façon expresse à ce mode de fonctionnement, il n'a alors aucun décompte à fournir, nonobstant les dispositions ci-dessous.

29-2 Si l'assuré bénéficie de la télétransmission des informations entre la Sécurité Sociale et le Gestionnaire de la Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales, les remboursements s'effectuent automatiquement.

Dans les autres cas, ou si l'assuré n'utilise pas le système de télétransmission lors de sa dépense de santé, il doit adresser au Gestionnaire de la Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales, en suivant l'indemnisation par la Sécurité Sociale :

- Les originaux des décomptes délivrés par la Sécurité Sociale,
- Les notes ou factures acquittées détaillant les actes, les prestations réalisées, les montants payés, les montants de base de remboursement et les pourcentages d'intervention de la Sécurité Sociale,
- Les notifications de non prise en charge de la Sécurité Sociale pour des prestations qui pourraient être accordées dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations,
- Les pièces officielles d'état civil (bulletin de naissance, acte de décès, certificat d'hérédité...) permettant le paiement de prestations forfaitaires telles qu'une indemnité en cas de naissance d'un enfant ou en cas de décès d'un assuré,
- Toutes pièces portées sur les notes d'information des garanties en inclusion ou en option qui auraient pu être souscrites, nécessaires à l'instruction et au paiement des sinistres.

29-3 Service Tiers Payant Mutualiste :

Le service permet à l'assuré de ne pas régler les frais de soins pris en charge par la Sécurité Sociale et son contrat auprès des professionnels de santé acceptant le tiers payant. Cette dispense de paiement est limitée au montant de la Base de Remboursement ou des forfaits prévus au tableau de prestations.

Le Gestionnaire adresse une carte de tiers payant à l'émission d'un certificat d'adhésion et à chaque appel de cotisations que l'assuré peut présenter au professionnel de santé pour bénéficier du tiers payant.

29-4 Suivi des prestations « EN TEMPS RÉEL » :

Le Gestionnaire met à disposition de chaque Membre Participant un site internet permettant le suivi du remboursement des prestations 7 jours / 7 et 24h / 24. La connexion s'effectue à l'aide des identifiants adressés à la souscription par le Gestionnaire de la Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales.

Le site internet permet également au Membre Participant de consulter son contrat, de transmettre des justificatifs en vue de demande de remboursement, ...

ARTICLE 30 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations ne sont dues que pour les soins et traitement relatifs aux affections dont la première constatation médicale a eu lieu pendant la vie de l'adhésion et si les soins sont dispensés avant la date de prise d'effet de la suspension du contrat ou de la résiliation, sous réserve que la personne morale souscriptrice ou le Membre Participant soit à jour du paiement de ses cotisations.

Le règlement des prestations qui ne sont pas servies directement aux professionnels de santé suivant les accords de tiers payant, s'effectue par virement sur le compte bancaire du Membre Participant :

- Soit en relation directe avec le Régime Obligatoire par le biais de la télétransmission ;
- Soit sur présentation des pièces justificatives originales suivantes à adresser au Gestionnaire :
 - **Pour les soins remboursés par le Régime Obligatoire** :
 - . L'original du décompte de la Sécurité Sociale dans le cas où cette dernière n'aurait pu procéder à sa télétransmission au Gestionnaire de la Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales,
 - . Lorsque les frais sont supérieurs au tarif retenu par la Sécurité Sociale pour le calcul de sa prestation, l'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée,
 - **Pour les soins non remboursés par le Régime Obligatoire** :
 - . L'original de la prescription médicale,
 - . L'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée.
 - **En cas d'hospitalisation** :
 - . Le bulletin d'hospitalisation,
 - . L'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée.
 - **Pour la prime naissance** : un extrait d'acte de naissance ou la photocopie de la page du livret de famille concernant le nouveau-né; dans le cas d'une adoption, la photocopie de l'acte y afférant.
 - **En cas d'assurances cumulatives** : le décompte original de remboursement de l'autre Organisme Assureur accompagné d'une copie du décompte du Régime Obligatoire.
 - **Pour les soins à l'Étranger** : le décompte du Régime Général ainsi que la facture des soins détaillée et traduite en français précisant la nature et le montant de chaque dépense engagée.

Avant ou après le paiement des prestations, l'Organisme Assureur se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire, afin d'éclairer sa décision.

L'Organisme Assureur peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par tout professionnel de santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge, pour vérifier s'il y a abus ou fraude.

CHAPITRE III : MAINTIEN D'ASSURANCE

ARTICLE 31 : MAINTIEN D'ASSURANCE EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NE DONNANT PAS LIEU À RÉMUNÉRATION

Les garanties du présent contrat sont maintenues pour le Membre Participant dont le contrat de travail est suspendu sans maintien partiel ou total de salaire sous réserve qu'il manifeste expressément cette volonté auprès du Gestionnaire par courrier dans le mois qui précède la suspension de son contrat de travail en cas de :

- Détachement,
- Disponibilité pour convenance personnelle,
- Congé parental
- Congé sans solde,
- Congé pour présence parentale ou pour accompagner une personne en fin de vie,
- Congé sabbatique visé à l'article L.122-32-17 et suivants du code du travail,
- Congé pour création d'une entreprise visée à l'article L.122-321.

Pour ces différents cas le paiement de la cotisation est payable par prélèvement automatique sur un compte bancaire mentionné par le Membre participant sur le bulletin d'adhésion individuel.

Le maintien de l'assurance cesse notamment à la date de fin de suspension du contrat de travail et, en tout état de cause, en cas de résiliation du présent contrat collectif.

LEXIQUE :

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Infirmier (ère), masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure podologue...

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Assiette servant au calcul des prestations en nature de l'Assurance maladie de la Sécurité Sociale.

Selon le type d'acte et la nomenclature auxquels elle se rattache, cette base de remboursement peut être constituée du :

- Tarif d'autorité
Tarif utilisé par la Sécurité Sociale comme base de remboursement lorsque le professionnel de santé consulté n'est pas conventionné. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de convention
Tarif utilisé par la Sécurité Sociale comme base de remboursement des soins et honoraires des professionnels de santé conventionnés.
- Tarif de responsabilité
Base de remboursement de la Sécurité Sociale pour les produits pharmaceutiques, les fournitures et les appareillages.
- Tarif forfaitaire de responsabilité
Base de remboursement de la Sécurité Sociale pour l'original d'un médicament ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Montant forfaitaire restant à la charge de l'assuré en cas d'hospitalisation. Il correspond aux «frais d'hébergement et d'entretien» entraînés par l'hospitalisation.

FRANCHISE ANNUELLE

Somme laissée à la charge de l'assuré et qui s'applique sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

MÉDECIN TRAITANT

Médecin spécialiste ou généraliste, librement choisi par l'assuré âgé de 16 ans au moins pour assurer la coordination de ses soins. L'assuré doit avoir déclaré son médecin traitant auprès de son Régime d'Assurance Maladie Obligatoire afin de bénéficier du taux maximal de remboursement de la Sécurité Sociale.

OPTION DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (ou DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE)

L'OPTAM (ou DPTAM) a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés, en développant l'activité des médecins à tarifs opposables et en améliorant le niveau de remboursement de l'assurance maladie. Les médecins adhérant à l'OPTAM (ou DPATM) s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires.

L'OPTAM-CO (ou DPATM-CO) concerne les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Ce dispositif remplace celui du Contrat d'Accès aux Soins depuis le 1^{er} janvier 2018.

PARCOURS DE SOINS

Désigne le parcours de soins coordonnés défini par la loi, obligeant les assurés sociaux à consulter leur médecin traitant avant tout autre médecin sous peine de majoration du Ticket Modérateur par le Régime Obligatoire et de non remboursement des éventuels dépassements d'honoraires par l'Organisme Assureur.

PARTICIPATION FORFAITAIRE

Somme qui reste à la charge de l'assuré et qui concerne les actes et consultations médicaux réalisés par un médecin en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et les actes de biologie médicale et de radiologie.

PRESTATIONS

Versement des sommes ou mise en place de services garantis à l'assuré.

RÉGIME OBLIGATOIRE (RO)

Régime d'assurance maladie français, communément dénommé « Sécurité Sociale », qui intervient obligatoirement avant l'Organisme Assureur pour rembourser une part des frais de santé.

TICKET MODÉRATEUR (TM)

Dans le parcours de soins, différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le montant remboursé par la Sécurité Sociale. La participation forfaitaire n'entre pas en compte dans le calcul de cette différence. L'application par le Régime Obligatoire de la majoration de la participation de l'assuré, lorsque l'acte est réalisé hors parcours de soins, n'affecte pas le calcul et la valeur du Ticket Modérateur.

TIERS PAYANT

Sur présentation de sa carte de Tiers Payant, l'assuré peut bénéficier d'une dispense d'avance de tout ou partie de ses frais de santé. Le professionnel de santé ou l'établissement de soins est directement remboursé par l'Organisme Assureur.