

Le présent règlement, référencé RM/ MUT/ COSAE TER/ 01.2020, a fait l'objet de la délivrance d'un label conformément aux dispositions du décret n°2011-1474 du 08 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Ce règlement a pour objet d'offrir au membre participant des garanties Frais de Santé, ainsi qu'une garantie optionnelle « Indemnités Hospitalières ». Il est régi par le Code de la Mutualité.

## **DEFINITIONS :**

**Accident** : l'accident s'entend de l'effet soudain, imprévisible et involontaire d'une cause extérieure provoquant sur la personne physique du membre participant une atteinte ou lésion corporelle. La preuve de l'accident incombe au bénéficiaire.

**Actes Hors Nomenclature** : désignent les actes non reconnus par la Sécurité sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

**Assuré** : désigne l'assuré social, c'est-à-dire la personne affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français.

**Ayants droit** : au sens de la Sécurité sociale, désignent les personnes à la charge du membre participant en sa qualité d'assuré social et qui peuvent prétendre à ce titre au versement des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie auquel il est affilié.

« **OPTAM / OPTAM-CO** » :

OPTAM / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

**Contrat responsable** : Contrat ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application en vigueur.

**Contrat solidaire** : Contrat ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurables.

**Garantie** : elle correspond à l'engagement de la Mutuelle de verser une prestation si le membre participant ou, le cas échéant, les bénéficiaires sont victimes d'un sinistre.

**Membre participant** : le membre participant est la personne satisfaisant aux conditions posées à l'article 1<sup>er</sup>, qui adhère au présent règlement en remplissant et signant le bulletin d'adhésion.

**Mutuelle** : désigne RADIANCE Mutuelle, Mutuelle dont les activités sont soumises aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro 483 747 333 dont le siège social se situe à Lyon 69453, au 95 rue Vendôme.

**Nomenclature** : cette notion désigne les documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

**Prestation** : elle correspond à l'exécution de la garantie par la Mutuelle.

**Remboursement de la Sécurité sociale** :

- **Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)** : représente l'assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.
- **Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)** : ce montant est égal à la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

- **Ticket modérateur (TM)** : il correspond à la part des frais de santé non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie, égale à la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR).
- **Vente à distance** : fourniture d'une prestation d'assurance conclue sans la présence physique simultanée des parties, entre une personne physique et la Mutuelle qui, pour l'établissement du bulletin d'adhésion, utilisent exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance (utilisation de tout moyen pour la signature du bulletin d'adhésion, sans la présence physique ou simultanée du demandeur à l'adhésion et de la Mutuelle comme le téléphone, Internet ou la voie postale).

---

## TITRE I - ADHESION

---

### ARTICLE 1 - CONDITIONS D'ADHESION

L'adhésion au présent règlement est ouverte, sans formalité médicale préalable:

- aux fonctionnaires et agents non titulaires des collectivités territoriales et de leurs établissements publics, affiliés aux institutions de retraite CNRACL et IRCANTEC, ainsi qu'aux agents précités ayant la qualité de retraité ;
- aux membres de leur famille tels que définis à l'article 8.2.

**Domiciliés sur le territoire français et affiliés à un régime obligatoire d'assurance maladie français. Elle n'est pas ouverte aux personnes ayant adhéré à la Caisse des Français à l'Étranger (CFE).**

L'adhésion au présent règlement est facultative et ouverte aux personnes précitées âgées de plus de seize ans, sans âge maximal d'adhésion.

Pour bénéficier de la ou des garanties, le demandeur doit remplir et signer le bulletin d'adhésion au règlement COSAE TERRITORIAUX et y indiquer notamment :

- la formule de garantie Frais de santé unique qu'il a choisie, pour lui-même et le cas échéant les membres de sa famille, parmi les formules proposées : Cosae Ter 1, Cosae Ter 2, Cosae Ter 3, Cosae Ter 4. Les formules de garantie sont indistinctement proposées aux agents actifs et aux agents retraités ;

- les bénéficiaires de la garantie Frais de santé, membres de sa famille tels que définis à l'article 8.2 qu'il souhaite assurer. Ces derniers doivent également relever, en tant qu'assuré à titre personnel ou ayant droit du demandeur, d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ;

- et, le cas échéant, la garantie optionnelle « Indemnités Hospitalières » définie en annexe au présent règlement. Les conditions d'adhésion et de couverture de la garantie « Indemnités Hospitalières » sont décrites en annexe au présent règlement.

Par la signature du bulletin d'adhésion, le nouveau membre participant reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance des statuts de la Mutuelle et du présent règlement.

### ARTICLE 2 - FORMALITES D'ADHESION

Le Membre Participant doit joindre avec le bulletin d'adhésion, selon sa situation :

- une attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- une attestation de vie maritale pour les concubins,
- un certificat de scolarité pour les enfants à charge assurés sociaux ou étudiants âgés de plus de 16 ans et de moins de 26 ans,
- un certificat d'apprentissage pour les enfants apprentis,
- un certificat de radiation délivré par le précédent organisme assureur,
- la copie du dernier avis d'imposition du membre participant ou de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin (à défaut, attestation sur l'honneur pour la première année de rattachement fiscal)
- le cas échéant, le justificatif d'adhésion antérieure à un contrat ou règlement labellisé ou faisant l'objet d'une convention de participation, et selon la situation, l'attestation précisant le montant du coefficient de majoration ou l'attestation de non-majoration, établis par le dernier organisme auprès duquel le membre participant avait adhéré à un tel contrat ou règlement,
- le cas échéant, tout document permettant de justifier de sa date d'entrée dans la fonction publique si celle-ci est postérieure au 10 novembre 2011.

Outre ces justificatifs, le bulletin d'adhésion doit être accompagné :

- de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré au régime de base obligatoire d'assurance maladie, en vigueur à la date d'adhésion, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro,
- d'un relevé d'identité bancaire ou postal,
- de la copie de la pièce d'identité officielle en cours de validité
- le cas échéant, du formulaire « Mandat SEPA » dûment complété, afin de permettre le prélèvement automatique,

A défaut, l'adhésion ne prend pas effet.

**Le membre participant s'engage à déclarer, sans délai, à la Mutuelle tout changement de situation familiale, de protection sociale (régime obligatoire d'assurance maladie) ainsi que d'activité professionnelle.**

### **ARTICLE 3 - PRISE D'EFFET DE L'ADHESION**

A réception du bulletin d'adhésion accompagné des justificatifs visés à l'article 2, la Mutuelle émet un certificat d'adhésion mentionnant la date de prise d'effet et les caractéristiques de l'adhésion.

La prise d'effet de l'adhésion est subordonnée aux conditions suspensives et cumulatives suivantes :

- 1- la réception par la Mutuelle du Bulletin d'adhésion, accompagnée des pièces justificatives visées à l'article 2,
- 2- la vérification de ces pièces justificatives par la Mutuelle,
- 3- le paiement effectif à la Mutuelle de la première cotisation et du droit d'entrée,

L'adhésion devient définitive lorsque ces trois conditions sont satisfaites

En tout état de cause, l'adhésion ne prendra effet qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance. Dans ce cas, la Mutuelle émet un certificat d'adhésion mentionnant les caractéristiques de l'adhésion ainsi que la date de sa prise d'effet.

Celle-ci est fixée au plus tôt au premier jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion, accompagné des pièces justificatives.

En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion fait foi entre les parties.

Le demandeur acquiert alors la qualité de membre participant.

**Les soins prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ainsi que les hospitalisations antérieures, programmées ou en cours à cette date ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.**

Tout mois commencé est dû. Les prestations correspondant à cette période seront versées par la Mutuelle.

L'adhésion à la garantie est attestée par la carte de droit délivrée par la Mutuelle. Cette carte a pour vocation :

- de présenter au professionnel de santé les garanties susceptibles de faire l'objet d'un tiers payant lorsqu'un accord le permet ;
- de permettre l'accès aux réalisations sanitaires et sociales mutualistes.

La carte est délivrée pour la période de cotisation à venir avec l'appel de cotisation si le membre participant est à jour du paiement de ses cotisations échues. Le membre participant s'engage à ne pas l'utiliser en cas de défaut de paiement des cotisations et à la restituer à la Mutuelle en cas de démission, de radiation ou de changement de niveau de garantie.

### **ARTICLE 4 – FACULTE DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE**

Si l'adhésion au présent règlement a été réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation à distance en application de l'article L221-18 du Code de la Mutualité, le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer. Le délai commence à courir soit à compter du jour où son adhésion a pris effet, soit à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L121-20-11 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Cette renonciation doit être notifiée à la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception ou par l'envoi d'un recommandé électronique.

Le membre participant qui a demandé le commencement de l'exécution de l'adhésion avant l'expiration du délai de renonciation devra s'acquitter du prorata de cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet de l'adhésion et la renonciation.

Dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre de renonciation ou de l'envoi du recommandé électronique, la Mutuelle rembourse au membre participant les cotisations payées, sous déduction le cas échéant de la cotisation due visée à l'alinéa précédent.

Un projet de rédaction destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation figure ci-après :

*"Je, soussigné(e)..... domicilié e)..... déclare renoncer à mon adhésion du .../.../.... au règlement mutualiste « COSAE TERRITORIAUX » et demande le remboursement de la cotisation, dans le délai de 30 jours prévus en matière de vente à distance." Fait à ... le ... (signature).*

A adresser à : Radiance Mutuelle, 55 allée Albert Sylvestre 73026 Chambéry Cedex

Cette renonciation entraîne la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues par le présent règlement.

## **ARTICLE 5 - DUREE, RENOUVELLEMENT ET CESSATION DE L'ADHESION**

### **5.1 Durée et renouvellement de l'adhésion**

L'adhésion au présent règlement se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction d'année en année sauf résiliation par le membre participant ou la Mutuelle.

### **5.2 Cessation de l'adhésion**

L'adhésion au présent règlement peut ainsi cesser :

#### **- à la demande du membre participant :**

- **au 31 décembre de chaque année**, par lettre recommandée avec avis de réception ou par recommandé électronique avec accusé de réception, sous réserve que cette demande parvienne à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre (le cachet de la poste faisant foi ou la date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi électronique).- **en cours d'année** si le membre participant justifie être couvert au titre d'un contrat groupe obligatoire Frais de santé, par la fourniture d'une attestation établie par le nouvel organisme complémentaire, accompagnée d'une attestation de son employeur. Auquel cas, l'adhésion cesse au 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant le mois de réception des justificatifs précités.

**La dénonciation par le membre participant de son adhésion est définitive**, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande d'adhésion au présent règlement, sauf dérogation par la Mutuelle.

#### **- à la demande de la Mutuelle :**

- **en cas de non-paiement des cotisations**, selon les dispositions prévues à l'article 12,

#### **- à titre exceptionnel, le membre participant ou la Mutuelle peut résilier l'adhésion en cours d'année en cas de domiciliation à l'étranger (hors France métropolitaine).**

La résiliation de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de la nouvelle domiciliation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La Mutuelle rembourse au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

#### **- en cas de décès du membre participant.**

La Mutuelle rembourse prorata temporis, la partie de cotisation réglée correspondant à la période d'assurance non courue postérieure au décès et ce, à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit la date de l'événement.

Les bénéficiaires qui lui étaient rattachés continuent à être garantis jusqu'à la fin du mois de survenance du décès. Le conjoint survivant ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin peut ensuite adhérer à titre personnel selon les dispositions prévues aux articles 1 et 3 et sous réserve que la demande d'adhésion soit effectuée dans les 12 mois qui suivent le décès.

**La cessation de l'adhésion prive de tout droit à prestation le bénéficiaire pour les frais exposés postérieurement à la date de cessation de l'adhésion.**

Lorsque le membre participant souhaite résilier son adhésion, la Mutuelle transmet à celui-ci un justificatif d'adhésion ainsi que, le cas échéant, le montant du coefficient de majoration qui est affecté à sa cotisation. Dans l'hypothèse où le membre participant ne s'était pas vu affecter de coefficient de majoration, la Mutuelle lui adresse une attestation de non-majoration.

## **ARTICLE 6 - CHANGEMENT DE GARANTIE**

### **6.1 Garantie Frais de santé**

Toute modification substantielle des éléments de l'adhésion (composition de famille, garantie, etc...) fait l'objet d'un avenant au bulletin d'adhésion signé par le membre participant.

Le changement de formule à la hausse, peut intervenir :

- après 12 mois de présence dans la garantie précédemment souscrite et engage le membre participant et ses bénéficiaires pour les 12 mois suivants. La prise d'effet du changement intervient le 1er janvier suivant la demande.
- à tout moment en cas de changement de situation de famille (mariage, PACS, concubinage, veuvage, divorce, séparation de corps judiciairement prononcée, naissance d'un enfant, décès d'un enfant, modification du nombre de bénéficiaires) ou justifiée par une situation particulière de l'agent (chômage, retraite, suspension de contrat de travail pour invalidité, exonération du ticket modérateur).

Pour être recevable, la demande doit être présentée par le membre participant dans les 3 mois suivant l'événement. Les nouvelles garanties prennent effet au 1er jour du mois civil suivant la demande.

Le changement de formule à la baisse peut intervenir

- au 1er janvier de chaque année si l'agent peut justifier de 2 ans d'affiliation à la précédente option. -à tout moment en cas de changement de situation de famille (mariage, PACS, concubinage, veuvage, divorce, séparation de corps judiciairement prononcée, naissance d'un enfant, décès d'un enfant, modification du nombre de bénéficiaires) ou justifiée par une situation particulière du membre participant (chômage, retraite, suspension de contrat de travail pour invalidité, exonération du ticket modérateur). Pour être recevable, la demande doit être présentée par le membre participant auprès dans les 3 mois suivant l'événement. Les nouvelles garanties prennent effet au 1er jour du mois civil suivant la demande.

### **6.2 Garantie optionnelle Indemnités Hospitalières**

La garantie Indemnités Hospitalières peut compléter l'option Frais de santé choisie par le membre participant.

Elle peut être choisie postérieurement à la souscription de l'option Frais de santé.

---

## **TITRE II - GARANTIES**

---

### **ARTICLE 7 – EXCLUSIONS COMMUNES**

**Ne donnent pas lieu aux garanties et n'entraînent aucun paiement à la charge de la Mutuelle :**

#### **1) les maladies ou accidents résultant notamment des faits suivants :**

- Accident du travail donnant lieu à remboursement intégral par la législation sur les accidents du travail ;
- Accident résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel ;
- Accident en milieu scolaire couvert par une assurance spécifique.

Ces deux dernières exclusions ne s'appliquent pas, dans le cadre de l'obligation de prise en charge minimale au titre du contrat responsable, aux prestations et actes mentionnés à l'article R871-2 du code de la sécurité sociale.

#### **2) Les interventions de chirurgie esthétique non prises en charge par la Sécurité sociale.**

**Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.**

## ARTICLE 8 - GARANTIES FRAIS DE SANTE

### 8.1 – Contrat « responsable »

Le présent règlement respecte les conditions de prise en charge ou d'exclusion mentionnées à l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application pour répondre ainsi à la définition du contrat responsable.

**A ce titre, ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :**

**- la participation forfaitaire et la franchise médicale visées à l'article L.160-13 II et III du Code de la Sécurité sociale,**

**Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile**

**- la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire pour ses frais d'actes ou de prestations de soins de santé dans le ou les cas où :**

- . Il n'a pas choisi son médecin traitant,
- . Il consulte un autre médecin sans prescription dudit médecin traitant,
- . le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du Code de la santé publique (accès au dossier Médical Personnel).

**- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par le médecin spécialiste lorsque le bénéficiaire le consulte directement sans respecter le parcours de soins coordonnés, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques visé à l'article L162-5 18° du Code de la Sécurité sociale.**

### 8.2 – Bénéficiaires

Sont bénéficiaires des prestations versées au titre des garanties Frais de santé, sous réserve des justificatifs à apporter visés à l'article 2 et du versement de la cotisation correspondante :

- le membre participant,
- son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou concubin (même bénéficiant à titre personnel d'un régime obligatoire d'assurance maladie),
- ainsi que, jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 25<sup>ème</sup> anniversaire, sous réserve de fournir annuellement un justificatif de leur situation, les enfants :
  - à la charge du membre participant, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un PACS, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs, pupilles de la nation ou enfants recueillis, justifiant :
    - ☆ soit de la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité Sociale du membre participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin
    - ☆ Soit du bénéfice d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité Sociale, d'être non salarié et d'être reconnu à charge par l'administration fiscale.
  - placés en apprentissage dans les conditions déterminées par le code du travail,
  - qui poursuivent leurs études.

La démission ou la radiation du membre participant sera assimilée à une démission de l'ensemble des bénéficiaires.

### 8.3 Définition - Prestations garanties

Les garanties souscrites sont annexées au présent règlement.

Pour les produits et services pris en charge par l'assurance maladie, **les remboursements de la Mutuelle sont limités aux bases de remboursement de la Sécurité Sociale Française, sous réserve de prise en charge par un régime légal et dans la limite des frais déclarés engagés, hors participation forfaitaire et franchise médicale.**

Les prises en charge de la Mutuelle sont exprimées soit en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale, déduction faite de son remboursement, soit en montant forfaitaire.

**Les remboursements de dépassements d'honoraires des professionnels de santé spécialistes et généralistes hors parcours de soins sont réduits dans les mêmes conditions quel que soit le secteur conventionnel d'exercice.**

**Lorsque ces mêmes professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et non adhérent à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO), la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge du dépassement d'honoraires pratiqué est celle du tarif d'Autorité.**

**En aucun cas, la Mutuelle ne prendra en charge des actes ou des suppléments d'actes non justifiés médicalement, que ces actes résultent de pratiques médicales non fondées par une convention ou de demandes de patient.**

Les forfaits et plafonds de remboursement sont réglés par année civile sauf dispositions particulières mentionnées ci-dessous, **et dans la limite des frais réels engagés.**

En tout état de cause, après épuisement des forfaits ou atteinte des plafonds de remboursement, la Mutuelle prend en charge à hauteur du Ticket Modérateur les garanties donnant lieu à remboursement par le régime obligatoire de l'Assurance Maladie.

**En tout état de cause, le montant des prestations servies par la Mutuelle ne peut excéder les frais réellement engagés par le membre participant, sous déduction des remboursements versés par la Sécurité sociale et tout autre organisme complémentaire (article 9, alinéa 1<sup>er</sup> de la loi n°89-1009 du 31/12/1989).**

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 2 alinéa 1<sup>er</sup> du décret n°90-769 du 30/08/1990).

**Certaines garanties présentent des dispositions particulières mentionnées ci-après :**

**\* Hospitalisation :**

**Les garanties respectent l'obligation réglementaire de prise en charge minimale du ticket modérateur (à l'exception de la participation sur les actes lourds prévue au I de l'article R 322-8 du code de la Sécurité sociale) à l'occasion d'une hospitalisation dans un établissement de santé.**

- **Honoraires** : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire factures par un médecin soumis ou non à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.
- **Forfait journalier hospitalier** : Le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale est pris en charge sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).
- **Frais d'hospitalisation** :
  - frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures divers (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques) ; Pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à Intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1er jour d'hospitalisation
  - Chambre Particulière : Selon la formule choisie, la Mutuelle peut prendre en charge la chambre particulière avec hébergement (comprenant au moins une nuit).  
La prise en charge de la chambre particulière avec hébergement est versée dans la limite de 60 jours par année civile lors d'une hospitalisation en convalescence et en rééducation. Elle n'est pas remboursée pour les séjours en psychiatrie.  
Elle peut être prise en charge en l'absence d'hébergement, dans les mêmes conditions et limites.
  - Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale : Les forfaits « **frais d'accompagnement** » sont versés, selon la garantie souscrite, en cas d'hospitalisation :
    - d'un bénéficiaire assuré au présent règlement dont l'accompagnant est nécessairement le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un PACS, assuré ou non au titre du règlement,
    - ou d'un enfant, bénéficiaire assuré, âgé de moins de 12 ans.

Ils prennent en charge l'hébergement (établissements ou maisons de parents) et le transport de la personne accompagnante (frais calculés sur la base du tarif SNCF 2<sup>ème</sup> classe) et la restauration.

Ces plafonds s'appliquent dans la double limite d'un plafond de dépenses par jour et de 30 jours par année civile.

\* **Soins courants :**

**Pour l'ensemble des formules, sont pris en charge les actes et soins effectués par des praticiens conventionnés ou non.**

• **Honoraires médicaux :**

- Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste, ayant adhéré ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).

- Actes techniques médicaux réalisés par un médecin spécialiste ayant adhéré ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).

- Actes d'imagerie médicale réalisés par un médecin ayant adhéré ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).

• **Honoraires paramédicaux**

- Consultations, actes techniques et prestations remboursés par la sécurité sociale, réalisés par un auxiliaire médical ayant adhéré ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).

• **Analyses et examens de laboratoire**

• **Matériel médical** (appareillage et prothèses médicales hors aides auditives et optiques),

• **Médicaments remboursés par la Sécurité sociale**

• **Autres soins**

- Honoraires de dispensation du pharmacien, y compris vaccination antigrippale

- Frais de transport sanitaire (ambulance, taxis conventionnés hors SMUR) remboursés par la Sécurité Sociale

- Participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds

\* **Optique :**

Sont pris en charge **les équipements Optique 100% Santé** (montures et/ ou verres de classe A), à hauteur des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour ces équipements, tels que définis dans la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale.

La prestation d'appariage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour des verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge à hauteur des prix limites de vente tels que définis dans la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale.

Sont pris en charge **les Equipement Optique autre que 100% Santé** (montures et/ou verres de classe B), dont le tarif est fixé librement par l'opticien.

Cette prise en charge doit respecter les minima et maxima mentionnés dans le tableau des garanties conformément à l'article R.871-2 3° du code de la Sécurité sociale.

Ces maxima s'appliquent également lorsque l'assuré opte pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement.

Les minima et maxima incluent la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire hors prestations annexes.

Les prestations dépendent du type de verre (verre simple complexe ou très complexe) définis par les codes LPP de la nomenclature de la sécurité sociale,

**Conditions de renouvellement :**

Les équipements d'optique composés d'une monture et deux verres sont pris en charge à raison d'un équipement tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, le délai est réduit à un an.

Pour les enfants de moins de 16 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.



Par dérogation, le renouvellement de la prise en charge est possible sans délai pour l'acquisition de verres, pour les mineurs de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue et quel que soit l'âge, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières visées à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale.

Concernant cette périodicité selon le cas, il est précisé que :

- celle-ci est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement optique pris en charge par la Mutuelle ;

- en cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, la période pendant laquelle un équipement (verres + monture) peut être remboursé est identique (la période débute à la date de facturation du dernier élément de l'équipement).

Si l'assuré a bénéficié d'une prise en charge au titre de tout ou partie d'un équipement optique antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2020 alors le délai court à compter de la date de facturation du dernier équipement d'optique médical.

• **Lentilles correctives** prises en charge ou non par la Sécurité sociale : Ces forfaits sont annuels et par bénéficiaire.

• **Chirurgie réfractive** : ce forfait est versé une seule fois par œil pendant toute la durée de l'adhésion, sur présentation de la facture acquittée.

\* **Dentaire** :

• **Soins et prothèses dentaires 100% Santé** : sont pris en charge les frais exposés par l'assuré pour les soins prothétiques dentaires en sus des tarifs de responsabilité à hauteur des honoraires limites de facturation, que les praticiens s'engagent à respecter, pour les actes définis par arrêté et mentionné au sein du tableau de garanties.

• **Les Soins Hors 100% Santé** : Sont pris en charge les frais exposés par l'assuré pour d'autres soins dentaires en fonction de la formule retenue, selon les modalités détaillées dans le tableau de garanties figurant en annexe : soins, parodontologie et actes dentaires (soins, prophylaxie bucco-dentaire, endodontie) pris en charge par la Sécurité sociale.

• **Prothèses hors 100% Santé remboursée par la Sécurité Sociale**

- inlays - onlays pris en charge par la Sécurité sociale,

- prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale : couronnes, bridges et inter de bridges, couronnes sur implant, Prothèses dentaires amovibles (y compris transitoires), Réparations sur prothèses et inlay- core,

• **Implants et piliers sur implants** : le forfait est annuel.

• **Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale** :

L'orthodontie « enfants » concerne les enfants âgés de moins de 16 ans à la date de début du traitement. Elle est prise en charge dès la première année d'adhésion. Le remboursement sera toutefois calculé au prorata pour le traitement semestriel déjà en cours à la date de prise d'effet.

• **Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale** : l'orthodontie « des adultes » est prise en charge pour les traitements qui débutent après le 16<sup>ème</sup> anniversaire.

\* **Aides Auditives**

• Jusqu'au 31 décembre 2020, les frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour les aides auditives de classe I et II

• A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, les aides auditives 100% santé : Sont pris en charge les Frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour les aides auditives classe I telles que visées à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente en application de l'article L.165-3 du code de la Sécurité sociale, que les audioprothésistes s'engagent à respecter

• A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, la prise en charge des frais exposés par l'assuré pour l'acquisition d'une aide auditive autre que 100% Santé (de classe II) dans la limite du montant fixé par l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale par aide auditive.

Le plafond inclut la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire hors prestations annexes tels que les consommables, piles et accessoires.

Conditions de renouvellement à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021: La prise en charge d'appareil auditif, 100% santé ou Hors 100% santé est limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans suivant la date de facturation de cet appareil. Si l'assuré a bénéficié d'une prise en charge au titre de l'aide auditive antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2021, alors le délai court à compter de la date de facturation du dernier appareil.

**\* Allocation naissance ou adoption :**

Une allocation forfaitaire de naissance ou d'adoption est versée si l'enfant est inscrit dans les deux mois suivant sa naissance (ou son adoption) au titre de l'adhésion de l'un des parents, déjà adhérent au présent règlement au moment de la naissance ou de l'adoption... Ce forfait est multiplié par le nombre d'enfants nés en cas de naissance multiple.

**\* Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale :**

Les honoraires de surveillance, les frais de thermes, l'hébergement et les frais de transport donnant lieu à intervention de la Sécurité sociale sont pris en charge à hauteur du Ticket Modérateur dans la limite des frais réellement engagés.

Les frais de transport et d'hébergement **ayant fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale** sont pris en charge au titre du poste « cures thermales » à hauteur du ticket modérateur puis, au titre du forfait « transport et hébergement », dans la limite des frais réels engagés.

Les frais de transport sont calculés sur la base du tarif SNCF 2<sup>ème</sup> classe. Le forfait « transport et hébergement » est annuel par bénéficiaire.

La mutuelle prend en charge, dans la limite des frais engagés sur présentation d'une facture ou d'un contrat de location, les frais d'hébergement de type camping, hôtel, logement meublé en location temporaire, maison d'hôte, gîte. En cas de réservation par Internet (Airbnb, Abritel, de particulier à particulier...), une copie du bon de réservation est à présenter. Cependant, le remboursement des frais correspondants ne pourra s'opérer qu'à compter du 1er jour d'entrée dans les lieux du logement.

La mutuelle ne prend pas en charge les frais de logement résultant d'un hébergement en résidence principale ou secondaire du membre participant ou de l'un de ses ayant droit ainsi que les frais d'hébergement dans le cadre d'un hébergement familial ou amical.

**\* Médecine alternative :**

Sont prises en charge partiellement des pratiques médicales non encore reconnues par la sécurité sociale. Cette prise en charge concerne exclusivement les actes pratiqués par les ostéopathes, les chiropracteurs, les sophrologues, les acupuncteurs, la naturopathie, les nutritionnistes et les homéopathes.

Le praticien doit être titulaire d'un diplôme reconnu pour cette spécialité et inscrit à ce titre, au répertoire ADELI.

Un forfait par séance est remboursé, sur présentation de la facture détaillée. Le nombre de séances et le montant pris en charge chaque année varient selon la garantie souscrite.

**\* Prévention :**

**Traitement antitabac** (médicaments d'aide à l'arrêt du tabac, recommandés par la Haute Autorité de Santé, à **l'exclusion de la cigarette électronique**) : forfait annuel dans la limite des frais engagés.

**\* Assistance et Téléconsultation**

Les prestations d'assistance et de téléconsultation, décrites dans les Conditions Générales valant notice d'information dénommées « ASSISTANCE SANTE A DOMICILE » et Référencée « Convention n°753734 » annexées au présent règlement sont incluses dans les garanties souscrites par le membre participant.

Elles sont assurées par AUXIA Assistance.

#### **8.4 Soins engagés hors de France**

Les garanties sont étendues aux actes et frais de santé engagés à l'étranger, dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention bilatérale avec la France, dans la mesure où le régime obligatoire d'assurance maladie français les prend en charge.

La Mutuelle intervient en complément des Bases de Remboursement de la Sécurité sociale française éventuellement reconstituées et selon les garanties prévues au présent règlement, sous réserve de recevoir le décompte original de la Sécurité sociale française et les factures détaillées des soins, éventuellement traduites.

#### **8.5 Tiers-payant généralisé**

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes réglementaires d'application, l'organisme assureur met à la disposition du membre participant et ses ayants droit un service de dispense d'avance de frais de santé (tiers-payant) sur l'ensemble des garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité.

L'utilisation du tiers-payant auprès du professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Sauf mention particulière sur la carte de tiers-payant, la dispense d'avance de frais est limitée au tarif de responsabilité. Le membre participant et ses ayants droit doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Le membre participant et ses ayants droit qui n'utilisent pas leur carte de tiers-payant ou se voient refuser ce service par le professionnel de santé doivent demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursés par l'organisme assureur.

## **ARTICLE 9 – DISPOSITIONS PARTICULIERES A CERTAINES GARANTIES**

### **9.1 Fonds social**

Le membre participant peut demander un secours exceptionnel à la Mutuelle. Ces secours sont accordés dans la limite d'un budget fixé chaque année par l'Assemblée Générale.

La demande sera adressée au président de la Mutuelle et devra préciser, par écrit, l'objet et le montant de la prise en charge sollicitée. Tous autres documents utiles pourront être demandés pour compléter l'examen du dossier.

### **9.2 Sports-Loisirs**

Les prestations « Sports-loisirs », décrites dans la notice d'information annexée au présent règlement sont incluses dans les garanties souscrites par le membre participant.

Ces garanties sont souscrites par VITALMUT - 27 rue de la Paix – 74000 Annecy – auprès des assureurs indiqués dans la dite notice.

---

## **TITRE III - COTISATIONS**

---

### **ARTICLE 10 - MONTANT DES COTISATIONS**

Les cotisations sont forfaitaires, individuelles -par bénéficiaire- et exprimées en euros.

Elles ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé, de la nature de l'emploi et du sexe du membre participant.

Elles sont établies par âge c'est-à-dire qu'il y a changement de cotisation au 1<sup>er</sup> janvier de l'année au cours de laquelle intervient le changement d'âge du bénéficiaire.

L'âge se calcule en faisant la différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

Le rapport entre la cotisation - hors participation - due par le membre participant âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé, et la cotisation due par le membre participant âgé de plus de trente ans acquittant le montant le moins élevé, ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques, et pour une formule de garanties comparable, compte non tenu de la majoration de cotisation pour adhésion tardive du membre participant décrite ci-après.

#### **Majoration de cotisations pour adhésion tardive:**

Lorsque l'adhésion du membre participant est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique, la cotisation est majorée d'un coefficient tel que défini par les dispositions de l'arrêté du 08 novembre 2011 relatif aux majorations de cotisations.

Pour les agents déjà en fonction au 10 novembre 2011 et les retraités, la cotisation n'est majorée qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste des contrats et règlements labellisés.

En tout état de cause, les périodes antérieures au 10 novembre 2011 ne font pas l'objet de majoration.

#### **Cotisation « enfant » :**

La cotisation « enfant » s'applique jusqu'au 31 décembre du 25<sup>ème</sup> anniversaire. Au-delà de cette date, les enfants payent une cotisation en fonction de leur âge.

Pour les enfants jusqu'à 25 ans inclus, tels que définis à l'article 8.2, la Mutuelle accorde la gratuité de la cotisation à partir du 3<sup>ème</sup> enfant âgé de 25 ans au plus inscrit au contrat.

### **ARTICLE 11 - PAIEMENT DES COTISATIONS**

Les cotisations et, s'il y a lieu, les taxes y afférentes selon la réglementation en vigueur, sont appelées pour l'ensemble des garanties auprès du membre participant et sont payables d'avance selon les modalités fixées sur le bulletin d'adhésion,

Elles sont payées mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement d'avance par prélèvement automatique sur votre compte bancaire.

La Mutuelle accepte également que les cotisations soient payées par chèque, celles-ci sont alors payées annuellement d'avance avec une date d'échéance fixée au 5 du premier mois de l'année civile

Dans l'hypothèse où la participation financière de la collectivité territoriale employeur est versée directement à la Mutuelle, celle-ci fait apparaître sur l'appel de cotisation du membre participant le montant total des cotisations (en distinguant la part de cotisations relative aux garanties « Santé » de celle relative aux autres garanties le montant de l'aide versée ainsi que le montant de la cotisation restant dû par le membre participant).

Les cotisations pourront également faire l'objet d'un pré-compte sur traitement en accord avec l'employeur et selon les modalités fixées sur le Bulletin d'Adhésion

Le membre participant perdra le droit au mode de paiement par prélèvement automatique et devra s'acquitter immédiatement du solde de sa cotisation en cas de rejet de prélèvement pour provision insuffisante.

Si la date d'adhésion du membre participant ne coïncide pas avec le 1<sup>er</sup> janvier de l'année civile, les cotisations sont calculées au prorata du nombre de mois restant à courir jusqu'à la fin de l'exercice.

Tout mois commencé est dû intégralement.

## **ARTICLE 12 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS**

**A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, l'adhésion du membre participant ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception ou par recommandé électronique, adressé par la Mutuelle au membre participant.**

**Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de l'adhésion, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisations, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.**

**La Mutuelle a le droit de résilier l'adhésion dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu au premier alinéa.**

**L'adhésion non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à l'échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement (article L. 221-7 du Code de la Mutualité).**

Dans tous les cas, la Mutuelle poursuivra par tous les moyens de droit le recouvrement des cotisations arriérées. Il est de convention expresse que toutes les contestations ou poursuites, devront être portées devant les Tribunaux compétents au siège social de la Mutuelle, en l'absence de clause légale attributive de compétence. Éventuellement en cas de notification tardive de changement de situation, les honoraires d'huissiers restent à la charge du membre participant. Dans tous les cas où la Mutuelle est amenée à exercer des poursuites pour assurer le recouvrement des cotisations arriérées, il est expressément convenu que le principal des cotisations sera majoré des frais exposés, évalués forfaitairement à 15%.

## **ARTICLE 13 - REVISION DES COTISATIONS ET DES GARANTIES**

Les cotisations sont réexaminées par la Mutuelle en fin d'année et peuvent être modifiées en fonction des résultats du règlement COSAE TERRITORIAUX.

Les cotisations et/ ou les garanties peuvent également être modifiées à tout moment par la Mutuelle en fonction notamment de l'évolution de la réglementation relative à la protection sociale dont celle relative à la Sécurité Sociale, suite, par exemple, à des mesures de désengagement ou des modifications des bases de remboursement, et à celle relative à la fiscalité.

En tout état de cause, la Mutuelle exclut l'application de l'article 1195 du code civil dans sa rédaction issue de l'ordonnance N° 2016-131 du 10 février 2016 et applique exclusivement les dispositions figurant ci-avant.

---

## **TITRE IV - VERSEMENT DES PRESTATIONS**

---

### **ARTICLE 14 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS**

#### **14.1 Paiement des cotisations**

**Pour que le membre participant puisse bénéficier des prestations, celui-ci doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre de son adhésion au présent règlement.**

## 14.2 Demandes de prestations

Les membres participants et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations du présent règlement, de fournir à la Mutuelle les déclarations et pièces justificatives listées dans l'annexe au présent règlement.

La Mutuelle se réserve le droit de demander au membre participant ou bénéficiaire toute autre pièce justificative et notamment celle établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande de prestations (inscription sur des registres nationaux, N° d'inscription Adeli etc ...).

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

### Garantie Frais de santé

**Les demandes de prestations Frais de santé accompagnées des documents justificatifs doivent, sous peine de déchéance des droits à indemnisation, être produites à la Mutuelle dans un délai maximum de deux ans suivant la date du décompte de sécurité sociale (ou la date de survenance des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale).**

## 14.3 Justificatifs et contrôles

Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le Bénéficiaire a la possibilité d'adresser par voie postale tout document comportant ce type de données, sous pli cacheté portant la mention "Confidentiel", à l'attention de Monsieur le Médecin-conseil - Centre de Service Prestations Santé dont l'adresse figure sur sa carte de tiers-payant.

Le service médical de la MUTUELLE peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du Bénéficiaire qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

La charge des honoraires des professionnels de santé missionnés par le service médical est supportée par la MUTUELLE ou, en cas de fraude avérée, par le Bénéficiaire.

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de la MUTUELLE se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du MEMBRE PARTICIPANT. La MUTUELLE peut également demander tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après paiement des prestations, y compris après résiliation du contrat.

Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat et inscrits sur des registres nationaux.

En cas de refus de se soumettre au contrôle médical ou à défaut de fournir les justificatifs demandés, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge.

## ARTICLE 15 - DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS FRAIS DE SANTE

La Mutuelle verse généralement ses prestations Frais de santé, par virement sur le compte bancaire ou postal du membre participant :

- dans les 48 heures en cas de traitement automatique des remboursements (télétransmission des décomptes par les Caisses d'Assurance Maladie) ;
- dans les 5 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au règlement en cas de traitement manuel des remboursements ; délai de poste ou bancaire non compris.

Ce délai est donné à titre indicatif et ne saurait en aucun cas engager la responsabilité de la Mutuelle.

---

## TITRE V - DISPOSITIONS GENERALES

---

## ARTICLE 16 - ADHESION AU REGLEMENT A DISTANCE

La Mutuelle propose également l'adhésion au règlement de façon dématérialisée.

A cet effet, le membre participant devra disposer d'une adresse de courrier électronique et d'un numéro de téléphone mobile personnel, portés à la connaissance de la Mutuelle.

Des moyens de sécurité sont mis en place pour garantir la confidentialité des données (cryptage, conditions d'accès sécurisées). Pour vérifier que ces moyens sont opérationnels, la mention « https » apparaît dans la barre d'adresse du navigateur ainsi qu'un cadenas en icône.

Après avoir recueilli les exigences et besoins formulés par le membre participant, la Mutuelle envoie à ce dernier par courrier électronique, le bulletin d'adhésion, ainsi que les dispositions contractuelles applicables.

Une phase d'adhésion dématérialisée lui est alors proposée. Dans ce cadre et afin de lui permettre de signer électroniquement les documents relatifs à son contrat, le membre participant devra télécharger au préalable sa carte d'identité en cours de validité.

A l'issue de cette phase, le bulletin d'adhésion et le mandat SEPA sont signés électroniquement.

La signature électronique du membre participant emporte acceptation de sa part de l'ensemble des caractéristiques de l'adhésion et autorise la Mutuelle à prélever les cotisations directement sur son compte bancaire.

Le bulletin d'adhésion signé ainsi que l'ensemble des documents contractuels précités sont envoyés au membre participant par courrier électronique.

L'adhésion prendra effet conformément aux modalités définies à l'article 3 du présent document et sera confirmée par l'envoi du certificat d'adhésion à l'adresse postale du membre participant.

L'adhésion est archivée dans des conditions de nature à garantir sa sécurité et son intégrité dans le temps.

La numérotation des articles suivants est modifiée en conséquence.

## **ARTICLE 17 - RECOURS SUBROGATOIRE**

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à la Mutuelle dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. La Mutuelle se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Cette action en recours s'exerce dans la limite des dispositions de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, la Mutuelle n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

## **ARTICLE 18 - PRESCRIPTION**

**Toute action dérivant du présent règlement 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code Civil,
- la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception par l'Assureur au Souscripteur en vue d'obtenir le paiement de cotisations,
- de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception par le Souscripteur ou ses ayants droit à l'Assureur en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.

## **ARTICLE 19 - ADHESION AU REGLEMENT A DISTANCE - INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

### **19.1 Coût lié à l'utilisation de la technique de communication à distance**

L'adhésion au présent règlement par le biais d'une ou plusieurs techniques de communication à distance est soumise aux conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée par le membre participant, dont le coût est supporté par ses soins.

### **19.2 Loi applicable**

La loi française est la loi sur laquelle se fonde la Mutuelle pour établir les relations précontractuelles avec le membre participant, ainsi que celle applicable au présent règlement notamment pour son interprétation ou son exécution.

Compétence exclusive est attribuée aux tribunaux civils français.

### **19.3 Langue utilisée**

La Mutuelle et le membre participant conviennent de l'utilisation de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion du membre participant au présent règlement.

### **19.4 Fonds de garantie**

Le membre participant est informé de l'existence du fonds de garantie des assurés contre la défaillance des Mutuelles et unions de Mutuelles relevant du livre II du Code de la Mutualité, fonds visé aux articles L431-1 et suivants dudit code.

## **ARTICLE 20 – DEMANDES D'INFORMATIONS – RECLAMATION - MEDIATION**

Pour toute demande d'informations concernant l'application du présent règlement, le membre participant peut contacter le Centre de Gestion, dont les coordonnées postales et téléphoniques (appel non surtaxé) figurent sur la lettre de confirmation de son adhésion.

Pour toute réclamation concernant l'application du contrat, le membre participant peut contacter Radiance Groupe Humanis Grand Est à l'adresse suivante, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice :

Radiance Mutuelle  
Service Réclamations  
55, allée Albert Sylvestre  
73026 CHAMBERY cedex  
Tél. (appel non surtaxé) : 09 69 36 40 00

A compter de la réception de la réclamation, la MUTUELLE apporte une réponse circonstanciée au membre participant dans un délai de 10 jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, la MUTUELLE adresse au membre participant un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Après épuisement des voies de recours internes et si le désaccord persiste après la réponse fournie le membre participant, ses ayants-droit ou la MUTUELLE peuvent avoir recours, sur simple demande écrite, au médiateur de la Mutualité Française, dès lors qu'aucune action contentieuse n'a été engagée.

Le dossier, constitué des documents et éléments indispensables à l'examen de la prétention, est à transmettre à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la consommation auprès de la FNMF  
255 rue de Vaugirard  
75719 PARIS Cedex 15  
<https://www.mediateur-mutualite.fr>

Le règlement de la médiation de la Mutualité Française est communiqué aux MEMBRES PARTICIPANTS sur simple demande.

La saisine du Médiateur de la Mutualité Française interrompt la prescription.

Le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximum de la réception du dossier complet. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas trois mois, dont les parties à la médiation devront être informées.

L'avis du médiateur ne préjuge pas du droit du MEMBRE PARTICIPANT ou de l'ayant-droit d'intenter une action en justice.

## **ARTICLE 21 - CONTROLE DE LA MUTUELLE**

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 9.

## **ARTICLE 22 - DISPOSITIONS DIVERSES**

### **22.1 Valeur contractuelle**

Ont valeur contractuelle :

- le présent règlement et ses annexes,
- le bulletin d'adhésion dûment complété et signé par le membre participant,
- le certificat d'adhésion.

En cas de contradiction entre les dispositions du bulletin d'adhésion et celles du certificat d'adhésion, ce sont celles du certificat d'adhésion qui l'emportent.

Les titres des articles du règlement n'ont qu'une valeur classificatoire.

L'adhésion exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet de l'adhésion.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions de ce règlement serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du règlement.

Toute modification du présent règlement sera notifiée au membre participant.

### **22.2 Confidentialité**

La Mutuelle est tenue à la confidentialité des informations dans la mesure où elle gère, pour l'exécution du règlement, des informations ressortant de la vie privée et/ou à caractère médical.

### **22.3 Protection des données à caractère personnel**

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/ 679 du 27 avril 2016, les informations que le membre participant communique sont traitées par l'organisme assureur, responsable de traitement, ou l'organisme gestionnaire par délégation.

Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les co-assureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance.

En cas de conclusion d'un contrat, les données du membre participant sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, ses données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant de votre part (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). Le membre participant peut demander l'accès, la rectification, l'effacement de ses données et de décider du sort de celle-ci, post mortem. Il dispose également du droit de s'opposer au traitement pour motif légitimes, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi.

Le membre participant dispose enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés en justifiant de son identité en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) du groupe Malakoff Humanis par email à : [dpo@malakoffhumanis.com](mailto:dpo@malakoffhumanis.com), ou par courrier à : Malakoff Humanis – Pôle Informatique et Libertés – 21 rue Laffitte – 75317 Paris cedex 9. Pour en savoir plus, vous pouvez consulter notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.



En cas de réclamation relative à la protection des données, le membre participant peut saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

#### **22.4- Prospection commerciale par voie téléphonique**

En respect des articles L223-1 à L223-7 du Code de la Consommation, le MEMBRE PARTICIPANT qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr) ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société OPPOSETEL, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret – 10 000 TROYES.

Toutefois, tant que le présent contrat est en cours, et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, cette inscription n'interdit pas à la MUTUELLE de démarcher téléphoniquement le MEMBRE PARTICIPANT si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de cette dernière à l'adresse mentionnée à l'article « protection des données à caractère personnel, à l'utilisation de ses coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale, en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

## Annexe au règlement mutualiste COSAE TERRITORIAUX

Tableau récapitulatif des pièces à joindre aux demandes de prestations
---

	<b><u>Bénéficiaire Noémie</u></b>
<b>Dépassements d'honoraires en cas d'hospitalisation</b>	Facture acquittée précisant la date de l'intervention et la base de la Sécurité sociale
<b>Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation</b>	Factures acquittées d'hébergement Attestation sur l'honneur ou récapitulatif des frais de transport
<b>Forfait verres et montures</b>	Facture acquittée + Prescription médicale En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : - soit la nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction, - soit la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction, - et la prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.
<b>Forfait lentilles correctives</b>	Prescription médicale + facture acquittée
<b>Chirurgie réfractive</b>	Facture acquittée nominative
<b>Appareillage</b>	Facture acquittée nominative
<b>Implantologie</b>	Facture acquittée nominative
<b>Orthodontie non prise en charge</b>	Facture acquittée précisant la date des soins
<b>Forfait naissance</b>	Extrait d'acte de naissance, copie du livret de famille
<b>Forfait adoption</b>	Certificat définitif d'adoption
<b>Frais d'hébergement et de transport cure thermale</b>	Décompte Sécurité Sociale + bulletin de situation mentionnant les dates de séjour + justificatifs de transport et d'hébergement
<b>Médecine alternative</b>	Justificatif sur papier entête ou tampon (précisant le numéro AMELIE ou le numéro d'immatriculation FINESS, les dates et le nombre des séances effectuées)
<b>Traitement anti- tabac</b>	Facture acquittée nominative
<b>Vaccins non remboursés</b>	Facture acquittée nominative+ prescription
<b>Contraception</b>	Facture acquittée nominative + prescription

	<b><u>Non Bénéficiaire Noémie</u></b>
<b>Pour les soins pris en charge par la Sécurité Sociale</b>	Décompte original de la Sécurité Sociale + Justificatifs ci-dessus

Pour tout acte ou frais non pris en charge par la Sécurité Sociale : facture originale acquittée