



**Harmonie
mutuelle**

GROUPE **vyv**

AVANÇONS collectif

CONDITIONS GÉNÉRALES
Convention collective nationale du
Commerce de Détail, de l'Habillement
et des Articles Textiles
(IDCC n° 3241)

SOMMAIRE

CHAPITRE I Le contrat collectif	3		
Article 1 Objet	3		
Article 2 Contrats solidaires et responsables	3		
Article 3 Statuts et règlement intérieur de la mutuelle	3		
Article 4 Territorialité	3		
Article 5 Date d'effet et durée du contrat	3		
Article 6 Modification du contrat	3		
Article 7 Obligations du souscripteur	3		
7.1 A la souscription	3		
7.2 En cours de contrat	3		
Article 8 Résiliation du contrat	3		
8.1 Résiliation à l'initiative de la mutuelle	3		
8.2 Résiliation à l'initiative du souscripteur	3		
CHAPITRE II Dispositions générales	4		
Article 9 Information des adhérents	4		
Article 10 Risques couverts	4		
Article 11 L'adhésion individuelle à la mutuelle	4		
11.1 Catégorie éligible	4		
11.2 Bénéficiaires des garanties	4		
11.3 Choix du niveau de garantie	4		
11.4 Garantie des ayants droit de l'adhérent	4		
11.5 Prise d'effet de l'adhésion à la souscription du contrat	4		
11.6 Prise d'effet de l'adhésion en cours de contrat	5		
11.7 Durée de l'adhésion	5		
Article 12 Événements survenant en cours d'adhésion	5		
12.1 Nouveaux bénéficiaires	5		
12.2 Autres modifications	5		
Article 13 Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité	5		
13.1 A l'initiative de l'adhérent	5		
13.2 A l'initiative de la mutuelle	6		
13.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion	6		
Article 14 Maintien de couverture	6		
14.1 Maintiens Évin	6		
14.2 Portabilité	6		
14.3 Personnel en suspension du contrat de travail	7		
CHAPITRE III Garanties frais de santé	7		
Article 15 Cadre général	7		
15.1 Date d'entrée en vigueur des garanties	7		
15.2 Base de remboursement	7		
15.3 Pluralité de garanties frais de santé	7		
15.4 Limites de remboursement	7		
15.5 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés	7		
15.6 Non prise en charge de certaines prestations	7		
Article 16 Versement des prestations	8		
16.1 Règlement des prestations	8		
16.2 Contrôle	8		
CHAPITRE IV : Garanties autres que santé	9		
Article 17 Garanties assistance	9		
CHAPITRE V : Cotisations	9		
Article 18 Détermination et mode de calcul de la cotisation	9		
Article 19 Évolution de la cotisation	9		
19.1 Révision de la cotisation	9		
19.2 Revalorisation	9		
Article 20 Paiement de la cotisation	9		
20.1 Règlement de la cotisation	9		
20.2 Incident de paiement	9		
20.3 Non-paiement de la cotisation	9		
CHAPITRE VI Dispositions diverses	10		
Article 21 Couverture des accidents	10		
21.1 Recours subrogatoire	10		
21.2 Déclaration d'accident	10		
21.3 Tiers payant en cas d'accident	10		
Article 22 Prescription	10		
Article 23 Election de domicile	10		
Article 24 Échanges de données informatisées	10		
Article 25 Protection des données à caractère personnel	10		
Article 26 Réclamations et Médiation	11		
Article 27 Autorité de contrôle	11		
Annexe I Coordonnées	12		
Annexe II Tableaux des garanties	13		

CHAPITRE I

» LE CONTRAT COLLECTIF

ARTICLE 1 » OBJET

Par accord de branche signé le 19/10/2021, les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale du Commerce de Détail de l'Habillement et des Articles Textiles (CCN N°3241) ont fait le choix d'aménager leur régime national obligatoire de couverture complémentaire des frais de santé au profit de l'ensemble des salariés des entreprises relevant du champ d'application de la Convention Collective, instauré par l'Accord du 4 Novembre 2015.

Le contrat se compose d'un régime conventionnel obligatoire (base conventionnelle) et d'un niveau de garantie optionnel, au choix de l'adhérent.

Le niveau de garantie optionnel peut en outre être souscrit par les entreprises en tant que garantie à affiliation obligatoire pour l'adhérent.

Les entreprises ayant souscrit le Contrat et relevant de la Convention Collective Nationale du Commerce de Détail de l'Habillement et des Articles Textiles (CCN N°3241) affilient leurs salariés en vue de garantir, lors de la réalisation des risques, le versement des prestations garanties, selon les modalités définies ci-après.

ARTICLE 2 » CONTRATS SOLIDAIRES ET RESPONSABLES

La mutuelle a fait le choix de s'inscrire dans le dispositif des contrats solidaires et responsables. À ce titre :

- » aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhérent ou à ses ayants droit ;
- » les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés ;
- » les garanties respectent les exclusions et obligations minimales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable ;
- » les garanties permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant au moins sur les prestations faisant l'objet des garanties minimales définies aux articles L.871-1 et R.871-1 du Code de la Sécurité sociale, au moins à hauteur du tarif de responsabilité.

En aucun cas les termes du contrat ne peuvent contrevenir aux règles des contrats responsables. En cas de contradiction, les règles du contrat responsable, y compris dans de futures dispositions légales et réglementaires, priment sur les présentes dispositions.

ARTICLE 3 » STATUTS ET REGLEMENT INTERIEUR DE LA MUTUELLE

Lors de la conclusion du contrat, le souscripteur reconnaît avoir reçu un exemplaire des statuts et du règlement intérieur de la mutuelle et en avoir pris connaissance.

ARTICLE 4 » TERRITORIALITE

Les garanties du contrat s'exercent en France métropolitaine, et dans les départements et régions français d'Outre-mer (DROM).

En outre, elles s'appliquent à l'étranger sous condition d'intervention du régime d'Assurance maladie obligatoire français de l'assuré. Le règlement de prestations est effectué en euros.

ARTICLE 5 » DATE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

Le contrat prend effet à la date mentionnée aux conditions particulières et vient à échéance le 31 décembre de l'année civile en cours.

Il est ensuite renouvelé par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sauf demande de dénonciation par l'une ou l'autre des parties dans les conditions définies à l'article Résiliation du contrat.

Dans le cadre d'un contrat collectif, la durée du contrat est au minimum de 12 mois à compter de sa date de prise d'effet.

ARTICLE 6 » MODIFICATION DU CONTRAT

La mutuelle et le souscripteur conviennent de se communiquer réciproquement, dès qu'ils en ont connaissance, tout fait ou tout acte juridique susceptible de modifier les conditions d'application du contrat.

Toute modification du présent contrat est constatée par un avenant signé des parties qui précise la date d'effet de cette modification. Cette modification donnera lieu, le cas échéant, à la remise d'une nouvelle notice d'information.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative, l'adhérent peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice, dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

ARTICLE 7 » OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

7.1 A la souscription

Le souscripteur doit fournir à chaque adhérent un bulletin d'adhésion, la notice d'information rédigée par la mutuelle, ainsi que les statuts et le règlement mutualiste de la mutuelle.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

Le souscripteur doit affilier au contrat la totalité des salariés de la catégorie éligible visée aux conditions particulières, sous réserve des cas de dispense admis par les réglementations sociales et fiscales, pour l'ensemble des garanties souscrites.

L'affiliation peut être réalisée auprès de la mutuelle par un fichier, indiquant les nom, prénom, date de naissance, numéro de Sécurité sociale et domicile des adhérents, ainsi que la date d'embauche au sein de l'entreprise ou à partir des informations reçues dans le cadre du flux DSN.

7.2 En cours de contrat

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

Le souscripteur doit affilier les nouveaux salariés de la catégorie éligible visée aux conditions particulières et leur fournir un bulletin d'adhésion, la notice d'information rédigée par la mutuelle, ainsi que les statuts et le règlement mutualiste de la mutuelle.

Le bulletin d'adhésion doit être adressé par le souscripteur à la mutuelle dans le mois de l'embauche. L'affiliation peut en outre être réalisée sur l'extranet employeur ou par les flux DSN.

Le souscripteur doit déclarer à la mutuelle un état mensuel nominatif des salariés faisant partie des effectifs, et du personnel sorti des effectifs avec la date de départ et le motif associé ainsi que la liste des salariés éligibles au maintien des garanties.

Ces états doivent être transmis dès que possible par les flux DSN, ou un fichier équivalent.

ARTICLE 8 » RESILIATION DU CONTRAT

8.1 Résiliation à l'initiative de la mutuelle

La mutuelle peut résilier le contrat collectif :

- annuellement, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, au plus tard le 31 octobre de l'année civile lorsque le contrat collectif est à adhésion obligatoire ;
- dans tous les cas, en cours d'année, en cas de non-paiement des cotisations par le souscripteur, dans les conditions prévues à l'article Non-paiement de la cotisation ;
- dans l'hypothèse d'une procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire ouverte à l'encontre du souscripteur, un mois après la mise en demeure adressée au mandataire judiciaire et en cas de silence de celui-ci sur la poursuite du contrat collectif.

8.2 Résiliation à l'initiative du souscripteur

Le souscripteur peut résilier le contrat collectif annuellement au plus tard le 31 octobre de l'année civile.

A l'expiration d'une durée minimale de 12 mois à compter de la prise d'effet du présent contrat, le souscripteur dispose en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois

après que la mutuelle en a reçu notification et dont les modalités et restrictions sont définies aux articles L 221-10-2 et L 221-10-3 du Code de la mutualité.

Le support de résiliation du souscripteur à la mutuelle peut être au choix :

- » une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique ;
- » une lettre simple ou tout autre support durable ;
- » une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- » un acte extrajudiciaire ;
- » lorsque la mutuelle propose la souscription par un mode de communication à distance, la résiliation peut s'effectuer par le même mode de communication ;
- » soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

La mutuelle attestera par écrit la réception de la notification du souscripteur.

En cas de procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire ouverte à l'encontre du souscripteur, les garanties subsistent sous réserve du paiement des cotisations. L'administrateur judiciaire ou le liquidateur peut résilier le contrat par lettre recommandée avec avis de réception ou envoi recommandé électronique.

CHAPITRE II

» DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 9 » INFORMATION DES ADHÉRENTS

Le souscripteur du contrat s'engage à remettre à chaque adhérent la notice d'information en vigueur établie par la mutuelle. Ce document définit les garanties prévues par le contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à remplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des exclusions, des limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

ARTICLE 10 » RISQUES COUVERTS

Les garanties frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance maladie obligatoire.

ARTICLE 11 » L'ADHÉSION INDIVIDUELLE À LA MUTUELLE

L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion avec précision et exactitude les informations demandées qui permettent à la mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites et reconnaît avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de la mutuelle.

11.1 Catégorie éligible

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

L'adhésion au contrat est réservée aux salariés éligibles du souscripteur visés aux conditions particulières du contrat.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

L'adhésion au contrat est réservée aux salariés éligibles ou aux membres du souscripteur visés aux conditions particulières du contrat.

11.2 Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites au bulletin d'adhésion et couvertes par un régime d'Assurance maladie obligatoire français à savoir :

- l'adhérent ;
- les ayants droit suivants :
 - le conjoint, concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
 - Sont considérés comme enfants à charge, indépendamment

de la position fiscale, les enfants de l'assuré et de son conjoint (ou concubin ou partenaire lié à un PACS) qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou reconnus :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 28^e anniversaire sous conditions, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, ou dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au centre national d'enseignement à distance (CNED),
 - d'être en apprentissage,
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autres part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus,
 - être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré,
 - inscrit au Pôle emploi comme demandeur d'emploi,
 - d'être employé dans un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) ou dans un atelier en tant que travailleurs handicapés.

Par assimilation, sont considérés, comme enfants à charge, s'ils remplissent les conditions exposées ci-dessus, les enfants à naître et nés viable ainsi que les enfants recueillis (c'est à dire ceux du conjoint, de l'ex-conjoint éventuel ou du concubin ou du partenaire lié par un PACS de l'assuré décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire).

11.3 Choix du niveau de garantie

Lorsque les conditions particulières le prévoient, les adhérents peuvent faire le choix de souscrire une garantie optionnelle.

Ce choix est valable pour l'ensemble des bénéficiaires du contrat et dans les conditions suivantes :

- Sous réserve d'en aviser la mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception, au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours, ce changement sera alors effectif à partir du 1^{er} janvier suivant,
- En cas de modification de la situation familiale (nouvel ayant droit ou ayant droit cessant de remplir les conditions requises), notifiée dans les trente jours qui suivent l'évènement et sous réserve d'en apporter la preuve, le changement prenant effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande
- En cas de modification de la situation professionnelle du conjoint (embauche, cessation du contrat de travail) ayant pour conséquence selon le cas, soit qu'il cesse d'être couvert, soit qu'il soit dans l'obligation d'être couvert, par le régime frais de santé mis en place au sein de son entreprise, sous réserve d'en apporter la preuve, le changement prenant effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande,

Le changement de formules n'est possible que tous les deux ans.

11.4 Garantie des ayants droit de l'adhérent

La garantie des ayants droit est identique à celle de l'adhérent.

11.5 Prise d'effet de l'adhésion à la souscription du contrat

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

Pour les salariés présents à l'effectif du souscripteur à la date d'effet du contrat collectif et entrant dans la catégorie éligible visée aux conditions particulières, l'adhésion prend effet à cette même date.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

Si le salarié ou le membre adhère au contrat collectif, à la date d'effet du contrat, son adhésion prend effet au plus tôt à la date d'effet du contrat.

11.6 Prise d'effet de l'adhésion en cours de contrat

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

Pour les salariés embauchés postérieurement à la date d'effet du contrat collectif, l'adhésion prend effet à la date d'embauche ou à la date d'entrée dans la catégorie éligible visée aux conditions particulières.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

Si le salarié ou le membre adhère ultérieurement au contrat collectif, l'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la mutuelle.

11.7 Durée de l'adhésion

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

L'adhésion au contrat produit ses effets jusqu'à la survenance de l'un des événements de l'article *Résiliation à titre exceptionnel*.

Dans le cadre d'une garantie optionnelle, l'adhésion a une durée minimum de 12 mois.

Cette adhésion produit en outre ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article *Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité*.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

L'adhésion au contrat a une durée minimum de 12 mois. Cette adhésion produit en outre ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article *Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité*.

ARTICLE 12 » ÉVÉNEMENTS SURVENANT EN COURS D'ADHÉSION

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer au souscripteur et/ou à la mutuelle, dans un délai de 1 mois à compter de sa survenance tout changement de domicile ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoire français. Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements. Toute modification d'un de ces critères en cours d'année pourra entraîner le cas échéant une modification du montant de la cotisation.

12.1 Nouveaux bénéficiaires

La date d'effet des modifications demandées est précisée ci-dessous :

BÉNÉFICIAIRES	DATE D'EFFET DE LA MODIFICATION
Nouveau bénéficiaire suite à naissance ou adoption	Au 1 ^{er} jour du mois de naissance ou d'adoption et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Nouveau bénéficiaire suite à mariage, concubinage ou signature d'un pacte civil de solidarité	Au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Autres bénéficiaires	Au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande

12.2 Autres modifications

Les autres modifications prendront effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de leur demande par la mutuelle.

ARTICLE 13 » RÉSILIATION DE LA GARANTIE, RADIATION D'UN AYANT DROIT, EXCLUSION, NULLITÉ

13.1 A l'initiative de l'adhérent

Résiliations légalement prévues

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire pour une garantie optionnelle ou dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

L'adhérent peut mettre fin à la garantie annuellement avant le 31 octobre de l'année civile.

A l'expiration du délai d'adhésion minimal de 12 mois, l'adhérent dispose en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification et dont les modalités et restrictions sont définies aux articles L 221-10-2 et L 221-10-3 du Code de la mutualité.

Le support de résiliation de l'adhérent à la mutuelle peut être au choix :

- » une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique ;
- » une lettre simple ou tout autre support durable ;
- » une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- » un acte extrajudiciaire ;
- » lorsque la mutuelle propose l'adhésion au contrat par un mode de communication à distance, la résiliation peut s'effectuer par le même mode de communication ;
- » soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

La mutuelle attestera par écrit la réception de la notification de l'adhérent.

Radiation d'un de ses ayants droit

L'adhérent peut demander la radiation d'un de ses ayants droit en adressant à la mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année civile.

La demande de radiation d'un ayant droit, ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année civile. En contrepartie, la garantie est due par la mutuelle jusqu'à cette même date.

Résiliation à titre exceptionnel

A titre exceptionnel, il peut être mis fin aux garanties en cours d'année, pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ou facultative

MOTIF DE LA DEMANDE DE RÉSILIATION	DATE D'EFFET DE LA RÉSILIATION
Résiliation du contrat collectif entre le souscripteur et la mutuelle	Jour de la prise d'effet de la résiliation du contrat collectif
Rupture du contrat de travail	La résiliation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.
Passage dans une catégorie éligible non visée par les conditions particulières et la notice d'information	
Rupture du lien existant entre l'adhérent et le souscripteur	Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande
Décès de l'adhérent	La résiliation prend effet au jour du décès.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

MOTIF DE LA DEMANDE DE RÉSILIATION	DATE D'EFFET DE LA RÉSILIATION
Bénéfice d'un cas de dispense d'adhésion admis par les réglementations sociale et fiscale	La résiliation prend effet au 1er jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

MOTIF DE LA DEMANDE DE RÉSILIATION	DATE D'EFFET DE LA RÉSILIATION
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français par l'adhérent	La résiliation prend effet au 1er jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande
Attribution de la CSS à l'adhérent	
Modification du contrat dans les conditions prévues à l'article Modification du contrat	

La mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut être radié en cours d'année pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous :

MOTIF DE LA DEMANDE DE RÉSILIATION	DATE D'EFFET DE LA RÉSILIATION
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français de l'ayant droit	La radiation prend effet au 1er jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de 3 mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande.
Bénéfice d'un cas de dispense d'adhésion admis par les réglementations sociale et fiscale	
Attribution de la CSS à l'ayant droit	La radiation prend effet au jour du décès.
Décès de l'ayant droit	La radiation prend effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande.
Divorce ou séparation	

La partie de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la radiation est mise en acompte à valoir sur le paiement de la prochaine cotisation due par l'adhérent.

En cas de résiliation de l'adhérent, ses ayants droit sont automatiquement radiés à la même date.

13.2 A l'initiative de la mutuelle

La mutuelle peut résilier les garanties en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues à l'article Non-paiement de la cotisation.

Nullité en cas de fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées à l'adhérent par la mutuelle sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

13.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion, ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la mutuelle. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage...) ayant eu lieu après cette date.

A compter de la date d'effet de résiliation, de radiation ou encore d'exclusion, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à retourner à la mutuelle la ou les cartes mutualistes qui lui ouvraient des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la mutuelle dont il bénéficiait par son adhésion à celle-ci.

ARTICLE 14 » MAINTIEN DE COUVERTURE

14.1 Maintiens Evin

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 dite loi Evin du 31 décembre 1989, peuvent dans les cas visés ci-après demander le maintien auprès de la mutuelle de la couverture santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- les anciens adhérents salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivants l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient de la portabilité des droits définie à l'article Portabilité ;

- les personnes garanties du chef de l'adhérent salarié décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation du contrat collectif, la mutuelle peut accepter le maintien d'une couverture d'assurance individuelle sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médicaux, sous réserve que l'adhérent salarié en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat.

14.2 Portabilité

Les dispositions de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale imposent au souscripteur de proposer un maintien des garanties du contrat aux salariés relevant de la catégorie éligible dont la rupture du contrat de travail ouvre droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage. A compter de cette rupture, la durée du maintien de garantie doit être égale à celle du dernier contrat de travail et ce dans une limite maximale de 12 mois.

Afin de permettre le respect des dispositions légales susmentionnées, les anciens salariés bénéficiaires peuvent rester adhérents au contrat durant le temps de leur droit à portabilité. La garantie pour les anciens salariés bénéficiaires est maintenue dans le cadre d'un système de mutualisation qui conduit à n'appeler aucune co-

tisation auprès des seuls anciens salariés bénéficiaires durant leur période de maintien. A l'expiration de la période convenue de portabilité, la mutuelle procédera à la résiliation de l'adhérent. Cette résiliation interviendra le 1er jour du mois civil suivant la date de cessation du droit.

En cas de perte anticipée du droit à portabilité, la mutuelle procédera, sur demande, à la résiliation de l'adhérent. Cette résiliation interviendra le 1er jour du mois civil suivant la date de réception de la demande.

14.3 Personnel en suspension du contrat de travail

En cas de suspension de contrat de travail indemnisée

En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation [que ce soit sous la forme d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement à la charge de l'employeur), ou sous la forme d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier, ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers], les garanties de l'adhérent et celles de ses ayants droit définies à la présente notice sont maintenues pendant toute la durée de suspension du contrat de travail.

Les garanties sont également maintenues dans les mêmes conditions en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur, y compris en cas d'activité partielle, activité partielle de longue durée ou de toute période de congé rémunéré par l'employeur.

Les cotisations continuent à être versées selon les mêmes modalités que pour les salariés en activité.

En cas de suspension de contrat de travail non indemnisée

Les garanties de l'adhérent et le cas échéant celles de ses ayants droit sont suspendues de plein droit, en cas de suspension du contrat de travail, dès lors qu'il ne donne lieu à aucune indemnisation que ce soit sous la forme d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement à la charge de l'employeur), ou sous la forme d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier, ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

La suspension des garanties intervient à la date de la suspension du contrat de travail.

Elle s'achève dès la reprise effective du travail, sous réserve que la mutuelle en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise, faute de quoi la date de remise en vigueur des garanties sera la date à laquelle la mutuelle aura été informée de la reprise effective du travail.

En cas de suspension de votre contrat de travail non indemnisée l'adhérent et le cas échéant ses ayants droit peuvent bénéficier, à titre facultatif, du maintien des garanties énoncées dans la présente notice, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation.

La demande de maintien doit être faite par écrit auprès de la mutuelle, au plus tard dans le mois suivant la date du début de suspension du contrat de travail.

Le dépassement de ce délai entraîne la forclusion définitive de la demande.

CHAPITRE III

» GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 15 » CADRE GÉNÉRAL

15.1 Date d'entrée en vigueur des garanties

L'adhérent et ses ayants droit inscrits bénéficient des garanties de la mutuelle à compter de la date d'effet mentionnée aux articles Prise d'effet de l'adhésion et Nouveaux bénéficiaires.

Les prestations sont assurées pendant la période d'effet de la garantie sous réserve du paiement de la cotisation dans les conditions fixées à l'article Paiement de la cotisation.

15.2 Base de remboursement

Sauf autres dispositions indiquées au tableau descriptif des garanties, le remboursement de la mutuelle est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

En cas de modification des actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (N.G.A.P.) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (C.C.A.M.), ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, et sauf avenant éventuellement signé entre le souscripteur et la mutuelle, les montants des remboursements de la mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif des garanties, avant la modification.

15.3 Pluralité de garanties frais de santé

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes complémentaires produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit leurs dates de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

15.4 Limites de remboursement

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.

Les remboursements de frais d'obsèques, lorsqu'ils sont prévus à la garantie, sont effectués dans la limite des frais engagés et du montant garanti précisé dans le tableau descriptif des garanties.

15.5 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés

Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, et de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

- les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé à accéder à son dossier médical partagé ou à le compléter ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés.

15.6 Non prise en charge de certaines prestations

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la mutuelle :

- les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance maladie obligatoire ;
- les cures médicales en établissement de personnes âgées, les séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle,

dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées ;

- la chambre particulière facturée le jour de sortie d'une hospitalisation (y compris pour la maternité).

ARTICLE 16 » VERSEMENT DES PRESTATIONS

16.1 Règlement des prestations

Calcul des prestations

Les prestations figurant sur le tableau descriptif des garanties sont exprimées dans la majorité des cas soit en pourcentage du tarif de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire ou de la base de remboursement définie par l'Assurance maladie obligatoire, soit en valeur forfaitaire en euros.

Lorsqu'au tableau descriptif des garanties figurant dans les conditions particulières, les prestations sont exprimées en pourcentage, la mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire et en vigueur à la date de référence telle que définie ci-dessous, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées au tableau descriptif des garanties figurant dans les conditions particulières.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé. L'adhérent conserve dans tous les cas, la liberté du choix de son professionnel de santé.

Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations, lorsque leurs prises en charge sont indiquées au tableau descriptif des garanties sont :

- les dates de facturation pour la pharmacie, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins, la contraception féminine, et selon la garantie choisie pour les autotests et l'automédication ;
- les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et les actes effectués par des auxiliaires médicaux, le dentaire, les examens de pré traitements et de contention en orthodontie, la médecine complémentaire telle que définie dans le tableau descriptif de la garantie choisie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, la chirurgie correctrice de l'œil, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire et selon la garantie choisie la psychologie,
- les dates de début et fin de séjour pour les cures thermales, l'hospitalisation ⁽¹⁾ ou la maternité ⁽²⁾ hors forfait journalier hospitalier ;
- la date de la journée d'hospitalisation pour le forfait journalier hospitalier ;
- la date de naissance ou d'adoption pour l'indemnité de naissance, lorsque celle-ci est prévue au tableau descriptif des garanties, sous réserve que l'inscription soit réalisée dans les 3 mois suivants la naissance ou l'adoption ;
- la date de survenance du décès,
- les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie.

(1) *La cas échéant, la chambre particulière est prise en charge :*

- en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).
- ou lorsque le séjour est réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

(2) *Chambre particulière prise en charge uniquement en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).*

Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- des originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire,
- des documents nécessaires à la mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent ou ses ayants

droit (notes d'honoraires ou factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif),

- si nécessaire, des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'Assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit.

Pour les prestations dentaires, le bénéficiaire doit présenter un devis ou une facture détaillée, établie par le professionnel de santé. En leur absence, il ne pourra obtenir le remboursement des frais engagés.

Pour la prise en charge de l'activité physique adaptée, le bénéficiaire devra transmettre en plus de la facture détaillée et acquittée, l'imprimé spécifique mis à disposition par la mutuelle et rempli par le médecin traitant.

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

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

Information et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros. Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée.

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

16.2 Contrôle

Afin de se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du versement des prestations, de vérifier la réalité des dépenses engagées et la réalité des prestations elles-mêmes, la mutuelle se réserve la possibilité de demander au bénéficiaire en plus des pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation des pièces complémentaires, y compris médicales.

Le service médical de la mutuelle peut ainsi soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du contrat. Ce contrôle s'exerce sur production par le bénéficiaire de pièces justificatives médicales aux professionnels de santé sous pli cacheté portant la mention « Confidentiel », à l'attention du service professionnel de santé choisi par la mutuelle à l'adresse inscrite dans la demande de pièces et éventuellement par expertise médicale.

Ces pièces et contrôles peuvent être demandées ou effectués avant ou après le paiement des prestations, y compris après résiliation du contrat.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les soins concernés ne donneront pas lieu à prise en charge par la mutuelle.

Lors du contrôle médical, le bénéficiaire peut être accompagné par son médecin traitant ou tout professionnel de santé de son choix (dentiste, spécialiste etc.) et/ou opposer les conclusions de son médecin traitant ou d'un professionnel de santé de son choix. Les honoraires du professionnel de santé choisi par le bénéficiaire restent à la charge de ce dernier.

CHAPITRE IV

» GARANTIES AUTRES QUE SANTÉ

ARTICLE 17 » GARANTIES ASSISTANCE

Lorsque le tableau descriptif de garanties le prévoit, l'adhérent et ses ayants droit bénéficient également d'une garantie d'assistance.

La garantie d'assistance a été souscrite sous la forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire par la mutuelle, sur décision de son assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité au profit de l'ensemble des adhérents et de leurs ayants droit bénéficiant d'une garantie santé.

Ce contrat collectif est assuré auprès d'un assureur agréé dont la dénomination, les mentions légales et les coordonnées sont stipulées en annexe.

Une notice d'information spécifique à ces garanties est remise à l'adhérent par le souscripteur.

Ces garanties sont révisables ou résiliables annuellement par l'assureur.

CHAPITRE V

» COTISATIONS

ARTICLE 18 » DÉTERMINATION ET MODE DE CALCUL DE LA COTISATION

Les cotisations sont déterminées par année civile. Les montants ou les taux sont précisés dans les conditions particulières du contrat. Elles sont déterminées en fonction du niveau de garanties choisi par le souscripteur et du régime d'Assurance maladie obligatoire dont dépendent les adhérents.

ARTICLE 19 » ÉVOLUTION DE LA COTISATION

19.1 Révision de la cotisation

En cas de modifications d'ordre conventionnel, réglementaire ou législatif modifiant la portée des engagements de la mutuelle, les cotisations peuvent être révisées, au plus tôt, à compter de la date d'effet de ces nouvelles dispositions. Cette révision peut notamment tenir compte :

- de l'assujettissement éventuel à de nouvelles taxes, contributions applicables aux mutuelles ou des modifications apportées à ces taxes ou contributions,
- de l'évolution des taux de prise en charge par le régime obligatoire, des tarifs de responsabilité et du forfait journalier hospitalier,
- de l'évolution des règles conventionnelles entre organismes du régime d'Assurance maladie obligatoire et professionnels de santé.

Le souscripteur conserve néanmoins la possibilité de demander la résiliation du contrat dans les 30 jours suivant la date d'envoi de la révision par la mutuelle. La résiliation prendra effet le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande de résiliation.

19.2 Revalorisation

Les cotisations évoluent par ailleurs à chaque échéance annuelle en fonction, d'une part, du résultat technique global constaté par la mutuelle pour l'ensemble du portefeuille collectif, du résultat technique propre à chaque contrat ou famille de contrats, de modifications intervenues dans la démographie de la catégorie assurable du contrat visé, et d'autre part, des prévisions des dépenses de santé au plan national.

ARTICLE 20 » PAIEMENT DE LA COTISATION

20.1 Règlement de la cotisation

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

La cotisation est payée par le souscripteur au vu d'un appel de cotisations et suivant les modalités définies aux conditions

particulières (précompte de la cotisation salariale par le souscripteur et gestion dite collective).

Si l'assiette des cotisations est basée sur la masse salariale, le souscripteur doit accompagner son paiement d'une déclaration mentionnant les éléments ayant servi de référence, pour déterminer les cotisations, pour la période concernée. Une assiette de cotisation basée sur le salaire a pour référence le salaire d'un contrat de travail à temps plein.

Pour les salariés nouvellement inscrits, la cotisation est due à compter du mois de l'embauche ou de l'entrée dans la catégorie éligible visée aux conditions particulières.

Les cotisations de la garantie optionnelle et des ayants droit sont réglées par le souscripteur ou l'adhérent selon les modalités définies dans les conditions particulières (gestion dite collective ou individuelle).

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

La cotisation est payée par le souscripteur au vu d'un appel de cotisations (précompte de la cotisation sur salaire par le souscripteur et gestion dite collective) et/ou par l'adhérent par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou postal et suivant les modalités définies aux conditions particulières (gestion dite individuelle).

Dans l'hypothèse d'un appel de cotisation auprès de l'adhérent, celui-ci s'engage à régler une cotisation pour lui-même et l'ensemble des ayants droit désignés auprès de la mutuelle. La cotisation est due pour l'année civile et payable d'avance. Son paiement peut être fractionné suivant les modalités définies aux conditions particulières.

20.2 Incident de paiement

En cas d'incident de paiement, la mutuelle se réserve le droit :

- de supprimer les facilités de paiements qu'elle a accordées ;
- d'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure) ;
- d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

20.3 Non-paiement de la cotisation

En cas de précompte de la cotisation par le souscripteur

A défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la mutuelle au souscripteur d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la mutuelle, les garanties sont résiliées si le souscripteur n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

En application de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, la mutuelle informe chaque adhérent de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la mise en demeure au souscripteur, chaque adhérent pouvant se substituer au souscripteur pour le paiement des cotisations.

Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la mutuelle de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

En l'absence de précompte de la cotisation par le souscripteur

A défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la mutuelle à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension

des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la mutuelle, les garanties sont résiliées si l'adhérent n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Au cas où le paiement de la cotisation annuelle serait fractionné, la suspension des garanties intervenue du fait du non-paiement d'une fraction de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la mutuelle de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

En cas de règlement de la cotisation pour partie par le souscripteur et pour partie par l'adhérent

Le défaut de paiement de l'un des deux payeurs entraîne la résiliation des garanties si la part de cotisation n'a pas été réglée quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

À défaut de paiement de la cotisation par le souscripteur, la part de la cotisation payée par l'adhérent afférente au temps pendant lequel la mutuelle ne couvre plus le risque, lui est remboursée.

CHAPITRE VI

» DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 21 » COUVERTURE DES ACCIDENTS

La mutuelle prend à sa charge les frais occasionnés par les accidents dans les conditions prévues au présent contrat et selon les modalités prévues ci-après.

Si le bénéficiaire est partiellement ou totalement garanti par une assurance individuelle accident la mutuelle ne prend en charge que les frais non couverts par cette assurance, dans la limite du tableau descriptif de garanties et dans le respect des obligations de prise en charge définies à l'article Contrats solidaires et responsables.

21.1 Recours subrogatoire

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à un de ses ayants droit, victime d'un accident, dans ses droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par la mutuelle, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

21.2 Déclaration d'accident

L'adhérent ou son mandataire doit, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, faire à la mutuelle, dans les délais les plus brefs, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par la Sécurité sociale, soit par la mutuelle.

A défaut d'information par l'adhérent, la mutuelle se réserve le droit de faire application de l'article 15 de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs, un droit de recours contre la victime de l'accident pour obtenir le remboursement des prestations versées à cet accident.

21.3 Tiers payant en cas d'accident

Dans tous les cas, si les frais ne lui incombent pas ou ne lui incombent que partiellement, et si la mutuelle effectue le tiers payant des frais à titre d'avance, elle pourra intervenir en tiers payant subrogé de

plein droit dans son action contre le responsable ou l'organisme à qui incombe la totalité ou une partie des frais.

ARTICLE 22 » PRESCRIPTION

Toute action dérivant de l'adhésion au présent contrat se prescrit 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, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

Quand l'action de l'adhérent 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 l'adhérent ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au 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.

L'envoi du recommandé électronique doit satisfaire aux exigences de l'article L 100 du code des postes et télécommunications électroniques.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- **une demande en justice, même en référé, ou portée devant une juridiction incompétente,**
- **un acte d'exécution forcée,**
- **la reconnaissance précise et non équivoque par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit.**

ARTICLE 23 » ELECTION DE DOMICILE

Pour la souscription et l'exécution du contrat, les parties conviennent d'élire domicile en leurs sièges sociaux respectifs.

Si le souscripteur a son siège social en dehors du territoire de la France métropolitaine, il doit désigner dans ce territoire un correspondant qui se porte garant de l'exécution notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations.

ARTICLE 24 » ÉCHANGES DE DONNÉES INFORMATISÉES

L'adhérent et ses ayants droit sont référencés dans les fichiers de l'Assurance maladie et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la mutuelle et leur caisse d'Assurance maladie dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les adhérents ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la mutuelle.

ARTICLE 25 » PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Le souscripteur, en tant que responsable du traitement recueille et transmet les informations relatives à l'adhérent et à ses éventuels ayants droit à la mutuelle pour permettre leur affiliation et les informera que la mutuelle met en œuvre, sous sa responsabilité, différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent et ses ayants droit, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires

à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle de la mutuelle.

La mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour (i) le recouvrement et le contentieux (ii) son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées (iii) le respect de ses obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (iv) dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres (v) toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent et ses ayants droit peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent et ses ayants droit pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique).

Les données personnelles de l'adhérent et de ses ayants droit seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Elles sont destinées aux personnels habilités de la mutuelle et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la mutuelle et contribuant à la réalisation de ces finalités. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives relatives à leur sort après leur décès. Ils disposent en outre d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition (par ex. le droit de s'opposer à l'utilisation de ses données personnelles à des fins de prospection commerciale et/ou de profilage), dans les limites des intérêts légitimes de la mutuelle.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent et ses ayants droit peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière.

Par ailleurs, ils peuvent également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

L'adhérent et ses ayants droit peuvent exercer leurs droits auprès du Responsable Protection des données - Data Protection Officer - dont les coordonnées sont stipulées en annexe en joignant à leur demande une copie de leur justificatif d'identité.

En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et l'exercice de leurs droits, ils peuvent décider de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) dont les coordonnées sont stipulées en annexe.

ARTICLE 26 » RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

Pour toute réclamation liée à l'application de la présente notice, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la mutuelle.

À compter de la réception de la réclamation, la mutuelle en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, le bénéficiaire peut saisir le service de Relation Adhérents à l'adresse indiquée en annexe.

Enfin, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur, dans un délai d'un an à compter de toute réclamation écrite à son interlocuteur habituel ou à la mutuelle, en écrivant au service de médiation indépendant dont les coordonnées sont stipulées en annexe.

ARTICLE 27 » AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Le présent contrat est soumis au contrôle de de l'autorité administrative dont la dénomination et les coordonnées sont stipulées en annexe.

ANNEXE I COORDONNÉES

INTERLOCUTEURS	ADRESSES
ASSISTANCE	<p>» Ressources Mutuelles Assistance (RMA, union technique d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682, siège social : 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou cedex Numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28)</p>
SERVICE RÉCLAMATIONS	<p>» Service Qualité Relation Adhérents à : CS 81021 - 49010 Angers cedex 01.</p>
MÉDIATION	<p>» Site du médiateur : http://cnpm-mediation-consommation.eu</p> <p>» Soit par courrier à son adresse postale : CNPM MEDIATION CONSOMMATION 27 Avenue de la Libération 42400 Saint-Chamond</p>
DATA PROTECTION OFFICER (DPO)	<p>» par courrier à : Harmonie Mutuelle – Service DPO 29 quai François Mitterrand 44 273 Nantes cedex 2</p> <p>» ou par mail à : dpo@harmonie-mutuelle.fr</p>
CNIL	<p>» Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 75334 Paris cedex 07 (www.cnil.fr)</p>
AUTORITÉ DE CONTRÔLE	<p>» Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 4 place de Budapest - CS 92459 75436 Paris cedex 09.</p>

ANNEXE II TABLEAUX DES GARANTIES

CCN HABILLEMENT

Garantie dite «responsable»

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2022

Totaux
y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)

	BASE	BASE + OPTION 1
Soins courants		
Soins médicaux et paramédicaux		
Consultations, visites : généralistes		
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	120%	120%
- Autres praticiens	100%	100%
Consultations, visites : spécialistes		
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	170%	220%
- Autres praticiens	150%	200%
Actes de sages-femmes	100%	100%
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	100%	100%
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100%	100%
Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)		
Médicaments à SMR important	100%	100%
Médicaments à SMR modéré	100%	100%
Médicaments à SMR faible	100%	100%
SMR: Service Médical Rendu.		
Analyses et examens		
Actes techniques médicaux		
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	145%	220%
- Autres praticiens	125%	200%
Actes techniques d'échographie		
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	120%	120%
- Autres praticiens	100%	100%
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée		
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	120%	120%
- Autres praticiens	100%	100%
Examens de laboratoires	100%	100%
Appareillages et accessoires médicaux		
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	125%	200%
Achat véhicule pour personne handicapée physique	125%	200%
Aides auditives		
Équipement 100 % Santé ⁽¹⁾⁽²⁾	100 % Santé	100 % Santé
Équipement à tarif libre ⁽²⁾	125%	200%
Piles	100%	100%
<small>(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation. (2) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.</small>		
Cures thermales		
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier		100%
+ Forfait supplémentaire		10 % du PMSS
Hospitalisation		
Frais de séjour	125%	200%
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)		
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	170%	220%
- Autres praticiens	150%	200%
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100%	100%
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée ⁽³⁾⁽⁴⁾	1 % du PMSS / Nuit	2 % du PMSS / Nuit
Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁴⁾⁽⁵⁾	1 % du PMSS / Jour	2 % du PMSS / Jour
Frais d'accompagnant ⁽⁴⁾	1 % du PMSS / Jour	2 % du PMSS / Jour

Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : - cures médicales en établissements de personnes âgées, - ateliers thérapeutiques, - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, - centres de rééducation professionnelle - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées. (3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (4) Pas de prise en charge (5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

CCN HABILLEMENT

Garantie dite « responsable »

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2022

Totaux
y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)

Maternité

Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Autres praticiens

Chambre particulière avec nuitées⁽³⁾⁽⁴⁾

Indemnité de naissance⁽⁶⁾

(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (4) Pas de prise en charge (6) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.

BASE

BASE + OPTION 1

170%

220%

150%

200%

1 % du PMSS/Nuit

2 % du PMSS /Nuit

3 % du PMSS

10 % du PMSS

Optique

Équipement 100 % Santé⁽¹⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾

- Monture
- Par verre

Équipement tarif libre⁽¹⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾

- Monture⁽¹⁰⁾
- Par verre
- Simple
- Complexe
- Très complexe

Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien

Verres avec filtre

Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)

Lentilles acceptées par le régime obligatoire⁽¹¹⁾

Lentilles refusées par le régime obligatoire⁽¹¹⁾

Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil

100 % Santé

100 % Santé

100 % Santé

100 % Santé

100 €

100 €

60 % + 90 €

60 % + 180 €

60 % + 250 €

100%

100%

100%

100 % + 2 % PMSS/An

2 % PMSS/An

100%

100%

100%

100 % + 5 % PMSS/An

5 % PMSS/An

25 % PMSS /Oeil

(*) La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue. La prise en charge de la mutuelle s'entend dans la limite des maxima du contrat responsable fixés au 3^e de l'article R 871-2 du Code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014. (1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. (8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre). (9) - **Verres simples** : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries. - **Verres complexes** : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries. - **Verres très complexes** : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries. (10) Y compris RO : Remboursement du Régime Obligatoire (11) Plafond commun.

Dentaire

Soins

Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé⁽¹²⁾

Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés⁽¹²⁾

- Prothèses fixes
- Inlay-Core
- Prothèses transitoires
- Inlay onlay
- Prothèses amovibles

Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres

- Prothèses fixes
- Inlay-core
- Prothèses transitoires
- Inlay onlay
- Prothèses amovibles

Orthodontie acceptée par le régime obligatoire

Implantologie⁽¹³⁾

100%

100%

100 % Santé

100 % Santé

300%

450%

125%

175%

125%

125%

125%

175%

300%

450%

300%

450%

125%

175%

125%

125%

125%

175%

300%

450%

150%

350%

15 % du PMSS/An

Les remboursements de la mutuelle : - concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM), - nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à l'avis du dentiste consultant de la mutuelle. (12) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation. (13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

CCN HABILLEMENT

Garantie dite « responsable »

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2022

Totaux
y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)

	BASE	BASE + OPTION 1
Médecines complémentaires		
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie et Acupuncture ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾	25 € / Séance limité à 3 séances par année civile et par bénéficiaire	35 € / Séance limité à 5 séances par année civile et par bénéficiaire
Prévention		
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) ⁽¹³⁾		50 €/An
Vie sans tabac - Sevrage tabagique ⁽¹⁶⁾		4 % du PMSS/An
Vaccin anti-grippal et autres vaccins ⁽¹³⁾⁽¹⁷⁾		1.50 % du PMSS/An
Assistance		
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)	Oui	Oui

(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (14) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.

(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (16) Prise en charge des substituts nicotiques (sur prescription médicale après intervention du Régime Obligatoire), des consultations cognito-comportementales et / ou des consultations d'hypnose Ericksonienne sur présentation de la facture comportant le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné. (17) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.

CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
 - déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),
 - déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3 428 € au 01/01/2021)



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS collectif