



CONDITIONS GÉNÉRALES SANTÉ

Centre de Gestion d'EURE ET LOIR

Réf. : CDG EURE ET LOIR - 2016

PREAMBULE	3
TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES	4
1 - Objet	4
2 - Prise d'effet, durée et renouvellement du contrat	4
3 - Révision du contrat	4
4 - Bénéficiaires des prestations	5
5 - Prise d'effet et durée de l'assurance	5
6 - Conditions d'affiliations et formalités	6
7 - Tiers-payant	7
8 - Devis et expertise à la demande de la MNT	7
9 - Réticence ou fausse déclaration	7
10 - Prescription	8
11 - Maintien des garanties	8
12 - Subrogation	8
13 - Information des Membres Participants	8
14 - Représentation des Membres Participants au sein de la MNT	8
15 - Réclamations - Médiation	9
16 - Droit de communication et de rectification	9
17 - Autorité chargée du contrôle	9
TITRE II - COTISATIONS	9
18 - Taux et assiette de cotisation	9
19 - Paiement de la cotisation	11
TITRE III - GARANTIES	11
20 - Objet et Montant	11
21 - Bénéficiaire de la garantie frais de santé	11
22 - Définition des prestations	11
23 - Limite des remboursements	14
24 - Etendue territoriale des garanties	14
25 - Risques exclus	14
26 - Règlement des Prestations	15
27 - Objet	16
28 - Bénéficiaire des garanties annexes	16
29 - Définition des Prestations	16
30 - Etendue territoriale des garanties Annexes	18

PREAMBULE

Le présent **contrat collectif de Santé** est conclu entre :

- le souscripteur, dont la dénomination sociale est mentionnée aux conditions particulières ;
- la Mutuelle Nationale Territoriale, organisme assureur du contrat, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé 7 rue Bergère, 75311 PARIS cedex 09, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584.

Il est constitué des conditions générales et des conditions particulières.

Le présent contrat est souscrit par le souscripteur auprès de la Mutuelle Nationale Territoriale, en liaison avec la convention de participation conclue par le Centre de gestion avec la Mutuelle Nationale Territoriale pour le compte du souscripteur, et à laquelle le souscripteur a adhéré.

Le souscripteur contribue au financement des garanties du présent contrat collectif auquel ses agents adhèrent, sous la forme d'une participation d'un montant unitaire par agent. Le montant de cette participation financière est fixé dans la convention de participation précitée.

Conformément aux dispositions

- de l'article 19 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, ci-après dénommé le Décret ;
- de la convention de participation précitée ;

il incombe au souscripteur de procéder à l'information de l'ensemble de ses agents de la signature de ladite convention de participation, des caractéristiques du présent contrat collectif souscrit auprès de la MNT au titre duquel ladite convention de participation est conclue, ainsi que des modalités d'adhésion au présent contrat collectif.

La résiliation pour quelque cause que ce soit ou le terme de la convention de participation entraîne automatiquement, à la même date, la résiliation du présent contrat collectif de Santé. De même, la dénonciation de l'adhésion du souscripteur à la convention de participation entraîne, automatiquement, à la même date, résiliation du présent contrat collectif de Santé.

Le souscripteur est tenu d'en informer ses agents.

Le présent contrat est **à adhésion facultative** pour les agents relevant des catégories mentionnées à l'article 1 ci-dessous ; ils acquièrent, au titre de cette adhésion, la qualité de membre participant de la Mutuelle Nationale Territoriale.

Le présent contrat est régi par les dispositions du Code de la Mutualité et par les statuts de la Mutuelle Nationale Territoriale. Les conditions générales et particulières du présent contrat définissent les droits et obligations de chacune des deux parties et des agents y adhérant.

Les Membres Participants sont, du fait de leur adhésion au présent contrat, soumis aux dispositions des statuts de la Mutuelle Nationale Territoriale ; la notice d'information qui leur est remise par le souscripteur définit notamment les garanties du contrat ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur.

La Mutuelle Nationale Territoriale est désignée, aux fins des présentes : « MNT ».

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

1 - Objet

Les présentes dispositions s'appliquent aux Souscripteurs qui y ont adhéré par un contrat d'adhésion, aux agents du Souscripteur ou l'une ou plusieurs catégories d'entre eux définies aux Conditions Particulières, ci-après dénommés « les membres participants » ou « le Groupe Assuré ».

Les Conditions Particulières sont propres à chaque contrat d'adhésion. Elles présentent notamment le détail précis des prestations ainsi que les taux de cotisation.

Le contrat d'adhésion comprend les présentes Conditions Générales et les Conditions Particulières.

Le présent contrat a pour objet :

- de garantir, à l'ensemble des agents du souscripteur en activité de service, au personnel retraité (dès la liquidation de la pension vieillesse de son régime obligatoire) du souscripteur et de leurs Bénéficiaires tels que défini à l'article 4, le remboursement de leurs dépenses médicales, en complément de la Sécurité Sociale, dans un cadre collectif et à adhésion facultatif.
- de définir les conditions dans lesquelles la Mutuelle Nationale Territoriale assure aux agents du souscripteur qui adhèrent au présent contrat et aux Bénéficiaires des remboursements complémentaires de frais de soins de santé ainsi que certaines garanties annexes à ces remboursements.

Il est régi par le Code de la mutualité.

Le contrat collectif étant à **adhésion facultative**, la qualité de Membre Participant résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des statuts et droits et obligations de chacune des deux parties.

2 - Prise d'effet, durée et renouvellement du contrat

Le présent contrat prend effet selon les conditions fixées par la convention de participation

Le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières et cesse en même temps que la résiliation ou le terme de la Convention de Participation.

La résiliation par l'une des parties entraîne la cessation des garanties, dans le cadre du présent contrat, à l'égard de tous les membres participants à la date d'effet de la résiliation.

3 - Révision du contrat

Les garanties sont définies en prenant en considération la réglementation actuelle du Régime de base français. Si ultérieurement une nouvelle réglementation ou les dispositions prises par l'UNCAM, en application des dispositions législatives ou réglementaires alors en vigueur, entraîne(nt) une modification des engagements, la MNT peut, selon le contexte et les contraintes réglementaires, procéder à l'ajustement de la cotisation ou adapter les prestations dans leurs conditions d'ouverture et/ou leur montant.

Le refus express du souscripteur dans le délai d'un mois suivant la proposition mentionnée à l'alinéa ci-dessus, adressée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception par la MNT, vaut demande de sa part, de résiliation du contrat d'assurance, sauf accord entre les parties sur les modalités de sa poursuite. La résiliation prend effet le premier jour du mois suivant la fin du délai d'un mois mentionné au présent alinéa.

A défaut de refus express, la proposition est considérée comme acceptée, et prend effet le premier jour du mois suivant la fin du délai d'un mois mentionné à l'alinéa ci-dessus.

4 - Bénéficiaires des prestations

4.1. Les Membres Participants bénéficient des prestations prévues aux conditions particulières.

4.2. Sont également couverts les ayants droit des Membres Participants, ci-après dénommés « les Bénéficiaires », de manière facultative, selon les modalités prévues aux Conditions Particulières, qui bénéficient des prestations de la MNT sans en être membres.

Pour l'application des présentes Conditions Générales, sont considérés Bénéficiaires du Membre Participant :

- Son conjoint : on entend par conjoint, le conjoint marié non séparé, la personne liée par un PACS ou le concubin déclaré ou notoire pouvant justifier vivre sous le même toit que le membre participant ;
- Les enfant à charge : on entend par enfant à charge, les enfants légitimes, reconnus ou adoptés, ainsi que ceux du conjoint du membre participant, à condition que le membre participant ou son conjoint en ait la garde, ou s'il s'agit d'enfants de l'agents, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire. Les enfants définis doivent être :
 - âgés de moins de 18 ans,
 - âgés de plus de 18 ans et de moins de 21 ans s'ils ne se livrent à aucune activité rémunérée habituelle,
 - âgés de plus de 21 ans et de moins de 26 ans, s'ils ne se livrent à aucune activité rémunérée habituelle et :
 - s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits à ce titre au régime de sécurité sociale des étudiants,
 - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à POLE EMPLOI,
 - ou sous contrat d'apprentissage,
 - quel que soit leur âge s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article 241-3 du Code de l'Action Sociale et des familles, à conditions que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 21^{ème} anniversaire.

5 - Prise d'effet et durée de l'assurance

5.1. Prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation prend effet :

- pour un Membre Participant présent à l'effectif du Souscripteur lors de la prise d'effet du contrat collectif : au 1^{er} jour du mois en cours si la demande d'adhésion est effectuée avant le 20 du mois ; à défaut au 1^{er} jour du mois qui suit la demande d'adhésion ;
- pour un Membre Participant nouvellement embauché : au 1^{er} jour du mois en cours s'il adhère avant le 20 du mois; à défaut, au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande d'adhésion.
- pour un Membre Participant retraité : dès la liquidation de la pension vieillesse de son régime obligatoire et au 1^{er} jour du mois en cours s'il adhère avant le 20 du mois; à défaut, au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande d'adhésion.

L'extension de l'adhésion du Bénéficiaire s'il est couvert de manière facultative prend effet :

- A la même date que pour le Membre Participant lui-même, s'il répond déjà aux conditions pour acquérir cette qualité, **ET** lorsque le bulletin d'adhésion du Membre Participant comporte concomitamment la demande d'extension de la couverture au Bénéficiaire.
- A défaut, au premier jour du mois en cours si la demande d'extension de la couverture au Bénéficiaire est effectuée par le Membre Participant avant le 20 du mois.
- A défaut, au premier jour du mois qui suit la date à laquelle il acquiert les conditions pour être Bénéficiaire **ET** suivant la demande d'extension de la couverture au Bénéficiaire effectuée par le Membre Participant.

5.2. Prise d'effet des garanties

Les garanties débutent à l'égard de chaque Membre Participant ou Bénéficiaire, dans les conditions prévues à l'article ci-dessus.

5.3. Cessation des garanties :

Le droit à garantie cesse :

▪ **pour chaque Membre Participant :**

- à la date de survenance du premier des évènements suivants :
 - résiliation du contrat collectif conclu entre le Souscripteur et la MNT,
 - à la date à laquelle il ne fait plus partie du Groupe Assuré couvert par le contrat, ou cesse d'appartenir à l'effectif du Souscripteur,
 - liquidation de la pension vieillesse de son régime obligatoire pour les agents en activité de service,
 - au décès du Membre Participant,
 - non-paiement des cotisations (article 19 des Conditions Générales),
- le Membre Participant peut mettre un terme à l'adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la MNT avant la date d'échéance moyennant un préavis précisé aux Conditions Particulières ;

En cas de modification apportée à ses droits et obligations, le Membre Participant peut, dans un délai de 30 jours à compter de la remise de la notice d'information, dénoncer l'affiliation de ses Bénéficiaires en raison de ces modifications.

Les cas particuliers de suspension du contrat de travail :

Le bénéfice des garanties est maintenu pendant toute la période de suspension du contrat de travail pour congés maladie, maternité ou accident indemnisés ou non, les cotisations étant calculées selon les règles prévues par le régime.

A l'exclusion des congés pour raisons médicales, les garanties sont suspendues de plein droit à compter de la date de suspension du contrat de travail.

▪ **pour chaque Bénéficiaire :**

- à la date de survenance du premier des évènements suivants :
 - à la date de cessation des garanties du Membre Participant.
 - au 31 décembre de l'année au cours de laquelle les enfants à charge ne répondent plus aux conditions leur conférant cette qualité ;
 - au 1^{er} mois de l'année au cours de laquelle il ne répond plus aux conditions lui conférant la qualité de Bénéficiaire,
 - à la date de résiliation par le Membre Participant de la couverture de son Bénéficiaire.

Le Membre Participant peut mettre un terme à la couverture facultative de ses Bénéficiaires tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la MNT avant la date d'échéance moyennant un préavis précisé aux Conditions Particulières.

En cas de modification apportée à ses droits et obligations, le Membre Participant peut, dans un délai de 30 jours à compter de la remise de la notice d'information, dénoncer l'affiliation de ses Bénéficiaires en raison de ces modifications.

6 - Conditions d'affiliations et formalités

Chaque Membre Participant ou Bénéficiaire est affilié au contrat sur la foi des déclarations effectuées par le Souscripteur. La MNT ne se trouve engagée que par les déclarations et pièces transmises par le Souscripteur.

Dans le mois qui suit la date d'effet des garanties, le Souscripteur doit communiquer à la MNT les informations nécessaires à l'affiliation de ses agents ou membres, à l'aide de support de transmission d'information dont la nature et le contenu sont convenus entre le Souscripteur et la MNT.

Tout évènement affectant la situation administrative du Membre Participant doit faire l'objet d'une information que le Souscripteur s'engage à communiquer à la MNT dans le mois suivant cet évènement selon les supports précédemment indiqués.

Aucune formalité médicale ni de condition d'âge ne sont exigées.

Justificatifs à fournir annuellement pour les Bénéficiaires :

- Pour les enfants, une copie de l'attestation d'ouverture de droits auprès d'un régime de Sécurité Sociale, et/ou une copie de l'avis d'imposition du Membre Participant.
- Pour les enfants étudiants, un certificat de scolarité avec mention de leur appartenance à un régime de Sécurité Sociale étudiante.
- Pour l'enfant inscrit à POLE EMPLOI, un justificatif d'inscription à POLE EMPLOI.
- Pour l'enfant atteint d'une invalidité, une copie de la décision de la Sécurité Sociale ou du justificatif de l'Allocation Adulte Handicapé ou de la carte d'invalidé civil.
- Pour le conjoint, une copie de l'attestation d'ouverture de droits auprès d'un régime de Sécurité Sociale.
- Pour le partenaire au titre d'un pacs, une copie de l'attestation du PACS établie par le greffe du tribunal d'instance ainsi qu'une copie de l'attestation d'ouverture de droits auprès d'un régime de Sécurité Sociale.
- Pour le concubin, une attestation sur l'honneur de concubinage, une facture aux deux noms ou deux factures à chacun des deux noms à la même adresse, ainsi qu'une copie de l'attestation d'ouverture de droits auprès d'un régime de Sécurité Sociale.

7 - Tiers-payant

Lorsque la MNT pratique le tiers payant sur les participations Sécurité sociale et mutuelle, l'adhésion à la mutuelle entraîne ipso facto délégation du Membre Participant et des Bénéficiaires au profit de la mutuelle, permettant à celle-ci de percevoir en ses lieux et places les prestations qui lui sont dues par les caisses d'assurance maladie et autres organismes de Sécurité sociale.

8 - Devis et expertise à la demande de la MNT

Qu'ils soient demandés par la MNT ou produits spontanément par le Membre Participant, la MNT se réserve le droit de soumettre les devis à l'examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens.

La MNT peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale du Membre Participant. Dans ce cas, les frais d'honoraires liés à des opérations d'expertise seront à la charge exclusive de la MNT.

9 - Réticence ou fausse déclaration

Les conditions d'exécution du contrat à l'égard des Membres Participants et de leurs Bénéficiaires sont basées sur les déclarations transmises par le Souscripteur.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, toute inexactitude ou omission intentionnelle peut amener la MNT à invoquer la nullité de l'adhésion conformément à l'article L 221-14 du code de la mutualité. Les cotisations payées demeureront alors acquises à la MNT qui aura droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

La MNT peut également exiger une augmentation des cotisations proportionnelles, conformément à l'article L.221-15 du Code de la Mutualité, en cas de fausse déclaration non intentionnelle.

Sauf au cas prévu à l'alinéa 2 du présent article, aucun Membre Participant ne peut être exclu de l'assurance contre son gré, tant qu'il fait partie du Groupe Assuré et à condition que les cotisations soient acquittées.

10 - Prescription

En application de l'article L 221-11 du code de la mutualité, toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui lui a donné naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre Participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance.

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

Quand l'action du Membre Participant ou du Bénéficiaire contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre Participant ou le Bénéficiaire, ou a été indemnisé par celui-ci.

11 - Maintien des garanties

Les Membres Participants quittant la collectivité pourront poursuivre sur une période de 3 mois à titre individuel et à l'identique les garanties dont ils bénéficient dans la Convention de Participation mise en place par le Centre de Gestion d'Eure et Loir et ce sans modification des conditions tarifaires (hors participation de la collectivité).

12 - Subrogation

Conformément à l'article L224-9 du Code de la Mutualité, la MNT est subrogée de plein droit au Membre Participant et Bénéficiaire victimes d'un accident dans son action 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 que la MNT a exposées à due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique du Membre Participant et/ou Bénéficiaire.

13 - Information des Membres Participants

Une notice d'information établie par la MNT définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Cette notice et les statuts de la MNT doivent être remis par le Souscripteur à chaque Membre Participant. La preuve de cette remise matérielle incombe au Souscripteur conformément à l'article L 221-6 du Code de la mutualité.

Il incombe au Souscripteur d'informer les Membres Participants par écrit des modifications apportées à leurs droits et obligations.

14 - Représentation des Membres Participants au sein de la MNT

A la date de leur affiliation, les agents du Souscripteur deviennent Membres Participants de la MNT. Les modalités de participation des Membres Participants et, le cas échéant, des membres honoraires à l'assemblée générale de la MNT sont déterminés par les statuts de la Mutuelle.

15 - Réclamations - Médiation

En cas de contestation relative aux garanties, les réclamations doivent être formulées par le Membre Participant :

- Auprès de votre section par écrit (courrier ou courriel) et par oral (visite et téléphone)
- En envoyant un courrier à MNT Quali'ter – 7 rue Bergère – 75009 Paris
- En ligne, depuis le formulaire de réclamation, accessible sur mnt.fr.

Dès réception, la réclamation sera prise en charge. La mutuelle apportera directement une réponse au membre participant.

Si la réclamation n'aboutit pas, le membre participant peut saisir le médiateur de la MNT (1).

La médiation est assurée par un tiers indépendant et impartial, et vise à proposer un règlement amiable des litiges individuels entre un adhérent et la mutuelle. Le recours au médiateur est gratuit pour le réclamant.

Pour saisir le médiateur MNT, le Membre participant doit transmettre un courrier accompagné de toutes les pièces justificatives à :

Monsieur le Médiateur de la MNT
7, rue Bergère
75009 Paris

(1) Consulter la charte de médiation MNT sur www.mnt.fr/la-mnt/

16 - Droit de communication et de rectification

Les informations personnelles recueillies dans le cadre du contrat font l'objet d'un traitement automatisé principalement pour les finalités suivantes : gestion de la relation, prospection, animations commerciales. Ces informations pourront être utilisées par la MNT pour études statistiques, prévention de la fraude ou obligations légales. Sauf opposition expresse de la part des Membres Participants et Bénéficiaires, elles peuvent être transmises aux partenaires de la MNT dans le cadre d'action pouvant les intéresser.

Conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les Membre Participants et Bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition, notamment pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, aux informations les concernant qui figureraient sur les fichiers de la MNT ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Ils peuvent exercer ces droits en adressant un courrier accompagné d'un titre d'identité à la MNT à l'adresse de son siège social.

17 - Autorité chargée du contrôle

Conformément aux dispositions de l'article L. 510-1 du Code de la mutualité, le contrôle sur les mutuelles régies par le Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres, par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 61, rue Taitbout 75436 PARIS cedex 09.

TITRE II - COTISATIONS

18 - Taux et assiette de cotisation

La cotisation est déterminée et exprimée aux Conditions Particulières. A moins que les Conditions Particulières n'en disposent autrement, les cotisations sont fixées en fonction d'un taux appliqué à une assiette de cotisations. L'assiette de cotisations elle-même est déterminée en fonction de la valeur du Plafond Mensuel de Sécurité Sociale.

En cas d'adhésion d'un Membre Participant ou d'un Bénéficiaire en cours d'exercice, la cotisation est calculée prorata temporis.

En cas de sortie entraînant la fin de l'affiliation d'un Membre Participant ou d'un Bénéficiaire en cours d'exercice, la cotisation est calculée prorata temporis en mois complets avec effet le dernier jour du mois de la fin d'affiliation.

La cotisation pourra être majorée conformément aux dispositions prévues à l'article 28 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 du décret.

La cotisation est majorée en cas d'adhésion tardive :

- lorsque l'adhésion de l'agent est postérieure de deux ans à la date d'effet de la convention
- ou, pour les agents nouvellement embauchés, lorsque l'adhésion intervient plus de deux ans après leur date d'embauche.

Toute taxe qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, serait mise à charge du Souscripteur et payable en même temps que la cotisation.

18.1 – Evolution de la cotisation :

Les cotisations pourront évoluer comme le plafond mensuel de la Sécurité sociale, majoré d'une augmentation maximale de 3%. De plus, aucune augmentation ne sera envisagée sans la présentation d'une alternative en termes de maîtrise des prestations.

Les cotisations de chaque catégorie de personnels mentionnée aux Conditions Particulières peuvent être révisées au 1^{er} janvier d'un exercice civil selon les dispositions prévues à l'article 20 du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011.

A cette fin, un compte de résultat sera établi dans lequel figureront :

- au crédit :
 - les cotisations brutes réglées sur l'exercice,
- au débit :
 - les prestations réglées,
 - les provisions pour sinistres à payer (prestations prévisionnelles de l'exercice écoulé qui seront demandées au cours de l'exercice suivant),
 - la CMU
 - les taxes
 - les frais de gestion correspondant à un pourcentage des cotisations nettes de taxes. Le pourcentage est précisé aux conditions particulières.

Le régime doit rester équilibré. Les parties au contrat mettent tout en œuvre afin de maintenir l'équilibre du régime.

Une rencontre annuelle aura lieu avec le Comité de pilotage organisé par le Centre de gestion pour présenter les éléments financiers de la garantie. Celle-ci aura pour objet de déterminer les suites à donner aux évolutions du contrat avec l'objectif d'obtenir un équilibre au terme de la convention.

A cette fin, la MNT adresse, par lettre recommandée avec accusé de réception, avant le 31 août, au Centre de gestion sa demande de modifications des tarifs, accompagnée d'une étude justifiant qu'au moins une des évolutions prévues à l'article 20 du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011, nécessite de modifier les tarifs pour préserver l'équilibre du dispositif. Elle indique également les évolutions tarifaires sur lesquelles elle s'engage.

Le Centre de gestion dispose d'un délai de deux mois pour se prononcer.

En cas d'accord sur les modifications tarifaires proposées, les nouveaux tarifs ainsi que leur taux d'évolution font l'objet d'un avenant aux contrats collectifs à adhésion facultative souscrits par le Centre de gestion ou par chaque collectivité ou établissement public pour leur propre personnel.

Le Centre de gestion est tenu d'informer l'ensemble des collectivités adhérentes au présent contrat de la modification des conditions tarifaires. Chaque collectivité territoriale ou établissement public est tenu d'informer l'ensemble des agents adhérent aux contrats collectifs souscrits de la modification des conditions tarifaires.

En cas de désaccord sur les modifications tarifaires proposées ou en l'absence de réponse du souscripteur avant le 31 octobre, la présente convention prend automatiquement fin au 31 décembre. Le terme de la convention entraîne, de plein droit, à la même date, résiliation du contrat collectif à adhésion facultative au titre duquel elle a été conclue. Le Centre de gestion est tenu d'informer l'ensemble des collectivités adhérentes au présent contrat de la résiliation de ce dernier. Chaque collectivité territoriale ou établissement public est tenu d'informer l'ensemble des agents adhérent aux contrats collectifs souscrits de la résiliation de ces derniers.

Pour ce qui concerne l'année qui suit la première année d'adhésion, la cotisation est indexée en fonction de l'évolution du plafond mensuel de la Sécurité Sociale.

Le souscripteur contribue au financement des garanties du présent contrat collectif auquel ses agents adhèrent, sous la forme d'une participation d'un montant unitaire par agent. Le montant de cette participation financière est fixé à la convention de participation.

19 - Paiement de la cotisation

En cas de précompte mensuel de la cotisation sur le traitement de ses agents, le Souscripteur est tenu au paiement de la cotisation du Membre Participant et éventuellement des Bénéficiaires, dont la couverture est facultative. Les cotisations sont payables mensuellement à terme échu.

Dans le cas où le Souscripteur n'assure pas le précompte des cotisations, seul le Membre Participant est tenu au paiement de la cotisation due pour sa propre adhésion et celle de ses Bénéficiaires, à l'égard de la MNT. Cette cotisation est payable mensuellement d'avance, à moins que les Conditions Particulières n'en disposent autrement. Elle est appelée directement par la MNT auprès du Membre Participant.

CONFORMEMENT A L'ARTICLE L 221-8-II DU CODE DE LA MUTUALITE, LE MEMBRE PARTICIPANT QUI NE PAIE PAS SA COTISATION DANS LES DIX JOURS DE SON ECHEANCE PEUT ETRE EXCLU DU GROUPE. LES GARANTIES SONT SUSPENDUES 30 JOURS APRES L'ENVOI DE LA MISE EN DEMEURE DU MEMBRE PARTICIPANT, RESTEE INFRUCTUEUSE. DANS LA LETTRE DE MISE EN DEMEURE QU'ELLE ADRESSE AU MEMBRE PARTICIPANT, LA MNT INFORME CELUI-CI DES CONSEQUENCES QUE CE DEFAUT DE PAIEMENT EST SUSCEPTIBLE D'ENTRAINER SUR LA POURSUITE DE LA GARANTIE. L'ADHESION POURRA ETRE RESILIEE PAR LA MNT, 40 JOURS APRES L'ENVOI DE LA MISE EN DEMEURE RESTEE INFRUCTUEUSE.

TITRE III - GARANTIES

Chapitre I : GARANTIES FRAIS DE SANTE

20 - Objet et Montant

La garantie a pour objet de servir aux Membres Participants et bénéficiaires des prestations en complément du Régime général de Sécurité Sociale à l'occasion des frais engagés au titre de la maladie, d'un accident ou de la Maternité, qu'il a exposés dans les conditions et limites prévues par le contrat.

L'étendue et le montant des garanties sont précisés aux Conditions Particulières : celles-ci peuvent prévoir la prise en charge de tous les frais qui, figurant dans la nomenclature des actes professionnels, n'ont pas fait l'objet d'un remboursement du régime français de la Sécurité Sociale. Les Conditions Particulières précisent les modalités du remboursement complémentaire.

Dans le cas où les conditions particulières prévoient la possibilité de choisir parmi différents régimes de Santé, le Membre Participant et ses Bénéficiaires ont obligatoirement le même régime de santé.

21 - Bénéficiaire de la garantie frais de santé

La garantie est accordée dans le cas général, et sous réserve des dispositions prévues aux Conditions Particulières, au Membre Participant pour lui-même, et pour ses Bénéficiaires selon les définitions données à l'article 4 des présentes Conditions Générales.

Pour les Bénéficiaires la prestation due vient en complément du niveau de remboursement prévu par le régime général de la Sécurité Sociale, même s'ils relèvent d'un autre régime. Dans ce cas, la prestation est calculée sur la base de celle qui aurait été versée par le régime général si les Bénéficiaires avaient été couverts par celui-ci.

22 - Définition des prestations

Les prestations sont calculées acte par acte pour les frais ayant fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité Sociale, dont la prescription médicale est postérieure à l'affiliation du Membre Participant ou du Bénéficiaire et pendant la durée de cette affiliation.

Lorsque la garantie prévoit la prise en charge de frais dentaires ou d'optique ayant fait préalablement l'objet d'un refus de prise en charge par la Sécurité Sociale, le remboursement complémentaire est effectué à partir de la base de remboursement de la Sécurité Sociale correspondant aux actes proposés.

La MNT assure le versement de prestations en nature complémentaires à celles servies au titre de la législation sur la Sécurité sociale.

Ces prestations s'inscrivent dans le respect des dispositions prévues pour les contrats responsables.

Les prestations accordées par la MNT sont fonction du descriptif et du niveau des garanties précisés aux conditions particulières.

En cas de baisse des prestations de la Sécurité sociale, les engagements de la MNT ne pourront en aucun cas s'en trouver aggravés.

Les indemnités forfaitaires sont exprimées aux Conditions Particulières en euros, en nombre de points de retraite ou en pourcentage du salaire plafond mensuel de Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice d'assurance.

Couverture maladie Universelle :

Les prestations des bénéficiaires de la couverture maladie universelle sont définies conformément aux décrets d'application de la loi du 27 juillet 1999.

Précisions concernant certaines prestations :

1. Chambre particulière : indemnité limitée à 120 jours en service médecine et à 90 jours en établissements pour séjour de longue durée en un ou plusieurs séjours par année civile ; cette indemnité peut couvrir le box ambulatoire.
2. Hospitalisation : les règles s'appliquent sauf dispositions plus favorables prévues par convention entre la MNT et l'établissement d'hospitalisation. Frais de séjour chirurgie : lorsque le prix de journée facturé par l'établissement excède celui pris en considération par la CPAM, remboursement de la somme laissée à la charge de l'adhérent dans la limite de 20 % du tarif de responsabilité de la Caisse de Sécurité sociale du lieu de résidence.
3. Honoraires médicaux et chirurgicaux : dans le cas d'application d'un tarif d'autorité, le remboursement de la Mutuelle est calculé sur la base du tarif conventionnel en vigueur à la date des soins.
4. Optique : Les verres sont classés selon la référence Sécurité Sociale en trois catégories :
 - Verres simples : 2261874 – 2200393 – 2242457 – 2270413 – 2203240 – 2259966 – 2287916 – 2226412 – 2223342.
 - Verres moyens : 2243540 – 2243304 – 2273854 – 2283953 – 2238941- 2245036 – 2259245 – 2238792 – 2240671 – 2297441 – 2291088 – 2248320 – 2219381 – 2268385 – 2206800 – 2264045 – 2202452 – 2282221 – 2210546 – 2282793 – 2280660 – 2235776 – 2284527 – 2212976 – 2288519 – 2290396 – 2245384 – 2227038 – 2263459 – 2265330 – 2295896 – 2254868 – 2252668 – 2299523 – 2291183 – 2295198 – 2299180.
 - Verres complexes : 2234239 – 2259660 – 2202239 – 2252042 – 2251545.

Conditions d'indemnisation :

Sous réserve des dérogations listées ci-dessous, les garanties des contrats ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Ainsi, un bénéficiaire couvert par un même contrat plusieurs années de suite ne pourra faire l'objet de plus d'un remboursement pour l'acquisition d'un équipement d'optique sur une période de deux ans. Le renouvellement de son équipement dans un délai inférieur à 24 mois suivant l'acquisition précédente ne pourra donner lieu à une prise en charge par son assurance complémentaire.

Par dérogation, cette période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la prescription médicale précisant le changement de la correction soit, dans le cadre d'un renouvellement des

Réf. : CDG EURE ET LOIR- 2016

lunettes avec adaptation à la vue par l'opticien, sur le devis ou la facturation qu'il réalise et qui précise la nouvelle correction ; celle-ci doit être comparée à la correction du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par la MNT.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. Ces périodes s'apprécient soit à compter de la date de souscription du contrat ou du bulletin d'adhésion, soit à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique et s'achèvent deux ans après. Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute soit à la date de la souscription du contrat ou du bulletin d'adhésion soit à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

5. Participation forfaitaire : Une participation forfaitaire entre 0,50 € et 2 € est retenue par la Sécurité Sociale sur le remboursement des actes médicaux. Le nombre de participations retenues est plafonné à 2€ / jour pour les actes paramédicaux, à 4 €/jour pour les transports sanitaires et à 50 € / an et par bénéficiaire.
6. Parcours de soins coordonnés : Le décret sur les contrats responsables impose aux mutuelles de ne pas prendre en charge la totalité du coût restant à la charge du patient lorsque celui-ci n'a pas consulté en première intention son médecin traitant. Les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés. Peuvent être consultés directement les gynécologues, les ophtalmologues et les psychiatres.
7. Ostéopathie, chiropractie, étioopathie, Diététicien, Acupuncture, psychologue :

L'indemnisation est acquise lorsque l'ostéopathe, le chiropracteur, l'acupuncteur, le diététicien, l'étiopathe ou le psychologue est agréé par la MNT. Pour être agréé, les conditions sont les suivantes :

- Pour les médecins : justifier de 1 800 heures de formation, sans exercice exclusif.
- Pour les paramédicaux : 2 200 heures de formation et exercice à titre exclusif.
- Pour les ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, acupuncteurs de formation initiale : 5 000 heures de formation et exercice à titre exclusif.

8. Le forfait journalier prévu par l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale est remboursé sans limitation par la mutuelle lorsqu'il est dû par l'assuré en cas d'hospitalisation au sein d'un établissement hospitalier (médecine, chirurgie). En revanche, ce forfait n'est pas remboursé en cas d'admission dans un établissement médico-social visé par l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.
9. Le dépeusement des médecins exerçant à titre libéral une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation ayant opté pour l'option de coordination selon les dispositions du décret concernant les contrats responsables sont pris en charge.
10. Le plafond des dépenses des travaux prothétiques dentaires est défini comme suit :

- Plafond de 1 000 € par an et par bénéficiaire la 1^{ère} année d'adhésion ;
- Plafond de 1 500 € par an et par bénéficiaire la 2^{ème} année d'adhésion ;
- Plafond de 5 000 € par an et par bénéficiaire la 3^{ème} année d'adhésion et les suivantes.

Le plafond prévu à compter de la 3^{ème} année d'adhésion peut être dépassé, après examen du dossier et accord par un chirurgien-dentiste consultant de Ligne Claire, en cas de séquelles bucco-dentaires d'accidents traumatologiques du massif facial, malformations oro-faciales ou anomalies congénitales bucco-dentaires, conséquences des maladies ou des traitements chroniques : cancer, diabète, valvulopathies, maladies inflammatoires.

Le dossier est constitué à partir d'un certificat médical du chirurgien-dentiste ou du médecin stomatologue responsable du traitement et dans certains cas de la justification de la reconnaissance en Affection de Longue Durée (ALD) pour les pathologies chroniques. Des éléments médico-sociaux complémentaires pourront être demandés par le Chirurgien-Dentiste consultant de Ligne Claire, dans le strict respect du secret médical.

23 - Limite des remboursements

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Membre Participant ou des Bénéficiaires, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale.

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.

Dans le cas où le cumul des prestations servies au titre du contrat ou par un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies au titre du contrat seraient réduites à due concurrence.

Le Bénéficiaire recevant, de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la MNT sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Si le Membre Participant est partiellement garanti par une police individuelle d'accident, la MNT ne prend à sa charge que les frais non couverts par cette police dans la limite de son engagement contractuel.

24 - Etendue territoriale des garanties

L'assurance s'applique aux seuls frais exposés en France métropolitaine et départements d'Outre-mer et pour des Bénéficiaires ayant leur domicile dans ces limites.

Par extension, elle s'applique aux soins et traitements ayant dû être exécutés à l'étranger en cas d'urgence et lorsqu'ils sont survenus au cours des trente premiers jours d'un voyage en quelque pays que ce soit. En tout état de cause, cette prise en charge ne peut intervenir que dans la mesure où la Sécurité Sociale a elle-même pris en charge les frais considérés et selon la codification qu'elle a appliquée.

Les règlements sont effectués en France et en Euros.

25 - Risques exclus

SOUS RESERVE DU RESPECT DES OBLIGATIONS DE PRISE EN CHARGE PREVUES A L'ARTICLE R.871-2 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE, NE DONNENT PAS LIEU A REMBOURSEMENT, SAUF MENTION SPECIALE AUX CONDITIONS PARTICULIERES :

- **les frais engagés avant la date d'entrée en vigueur de la garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes Sécurité Sociale. En l'occurrence les hospitalisations en cours à la date d'effet des garanties sont exclues. Les périodes d'hospitalisation ininterrompues et postérieures à la date de radiation sont garanties dès lors que le sinistre est ouvert pendant la période d'adhésion ;**
- **les frais déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués ;**
- **les frais engagés hors de France. Si la Caisse de Sécurité Sociale à laquelle l'adhérent est affilié prend en charge les frais supportés hors de France, ceux-ci donneront lieu à complément par l'assureur sur la base des garanties prévues au contrat ;**
- **les frais engagés au titre de la législation sur les pensions militaires ;**
- **les frais engagés suite à une guerre civile ou étrangère, émeutes et mouvements populaires ;**
- **les frais engagés suite aux conséquences de la désintégration du noyau atomique ;**
- **le fait volontaire des Membres participants ou des Bénéficiaires, y compris la tentative de suicide et la mutilation volontaire ;**
- **l'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement ;**

- les frais engagés pour des cures de rajeunissement, de sommeil, d'amaigrissement, de désintoxication ainsi que leurs suites ;
- la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non consécutifs à un accident ; le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de la MNT indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du régime de base du Membre Participant ou Bénéficiaire ;
- les frais ou suppléments non remboursés par le régime obligatoire français auquel est affilié le Membre Participant ou le Bénéficiaire (régime général de la Sécurité Sociale ou régime local d'Alsace-Moselle).

En outre, les garanties du présent contrat dit responsable ne couvrent pas, conformément à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application :

- la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 322-2 du code de la Sécurité Sociale ;
- les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :
 - ↳ la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité Sociale ;
 - ↳ les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la Sécurité Sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes techniques ;
 - ↳ tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application.

Le présent contrat applique l'article R. 871-2 du code de la Sécurité Sociale dans sa rédaction issue du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

26 - Règlement des Prestations

LES DEMANDES DE PRESTATIONS ACCOMPAGNEES DES JUSTIFICATIFS NECESSAIRES DOIVENT, SOUS PEINE DE FORCLUSION, ETRE ADRESSEES A LA MNT DANS LES MEILLEURS DELAIS ET AU PLUS TARD DANS UN DELAI MAXIMUM DE DEUX ANS A COMPTER DE LA DATE DE SOINS OU DE L'EVENEMENT GENERATEUR DE PRESTATION EN L'ABSENCE DE REMBOURSEMENT SECURITE SOCIALE.

Ne sont transmises à la MNT que les demandes de prestations des Bénéficiaires prévus aux Conditions Particulières.

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- une attestation des frais réellement engagés, signée par le praticien ou l'établissement concerné, précisant la date et la nature des soins,
- un justificatif original (note d'honoraires, reçu de paiement, ...etc.) pour toute prestation non prise en charge par la Sécurité Sociale mais garantie au titre du contrat,
- l'original de la note d'honoraires pour les frais dentaires, orthodontiques et optiques.
- le décompte original des remboursements effectués par la Sécurité Sociale ou le cas échéant le document justifiant le refus de prise en charge par celle-ci,
- éventuellement copie du décompte et du règlement fait par un autre organisme,
- pour la garantie maternité - adoption : un extrait de l'acte de naissance de l'enfant ou un certificat d'adoption délivré par la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS).

La Mutuelle peut exiger de ses adhérents la production de toutes pièces justificatives à l'appui d'une demande d'attribution des prestations.

Les sommes dues peuvent être réglées :

- soit au Membre Participant et à ses Bénéficiaires par virement bancaire sur le compte de l'adhérent. A cet effet, un relevé d'identité bancaire ou postal est remis avec chaque bulletin d'adhésion. Pour les cas où la télétransmission n'est pas possible avec les CPAM, les demandes de remboursement sont adressées par l'adhérent à la mutuelle
- soit au Souscripteur, à charge pour lui de les verser au Membre Participant et Bénéficiaires concernés.

Chapitre II : GARANTIES ANNEXES

27 - Objet

Lorsque les Conditions Particulières le prévoient, les garanties annexes ont pour objet de servir :

- une prime forfaitaire en cas de naissance ou d'adoption ;
- une allocation obsèques
- des frais d'accompagnant en cas d'hospitalisation ;
- des frais d'aide à domicile ;
- une allocation Orphelin ;
- des prestations d'assistance Multiservices ;
- une protection juridique,
- une prestation pour perte d'autonomie.

28 - Bénéficiaire des garanties annexes

Les garanties sont accordées dans le cas général, et sous réserve des dispositions prévues au Conditions Particulières, au Membre Participant et aux Bénéficiaires.

29 - Définition des Prestations

Prime inscription naissance ou adoption

Le montant de cette allocation est indiqué au tableau des prestations figurant aux conditions particulières. Elle est attribuée à tout membre participant dont l'inscription de l'enfant à la mutuelle est effectuée dans les deux mois suivant la naissance ou l'adoption.

Allocation obsèques

Le montant de cette allocation est indiqué au tableau des prestations figurant aux conditions particulières.

L'allocation obsèques a pour objet de participer aux frais engagés pour les obsèques d'un Membre Participant ou d'un bénéficiaire âgé de plus de 12 ans, dont le décès est survenu entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année pour laquelle la cotisation a été acquittée, dans la limite du capital assuré défini aux conditions particulières.

La prestation est versée à la personne qui justifie avoir effectivement supporté les frais d'obsèques, ou à la succession de l'adhérent.

Frais d'accompagnant

La prestation est accordée à la personne accompagnant un enfant de moins de 16 ans ou un adulte d'au moins 70 ans ou un handicapé si les frais sont engagés dans l'établissement où séjourne la personne hospitalisée. Toutefois, la prestation est également accordée lorsque les frais sont engagés dans une maison spécialisée dans l'accueil des accompagnants de personnes hospitalisées. La facture peut concerner des frais d'hôtellerie, dans la limite définie au tableau des prestations.

Pour l'hospitalisation d'une personne handicapée quel que soit son âge, la Mutuelle intervient si la personne handicapée est titulaire, soit de l'attestation d'invalidité délivrée par la Caisse Primaire d'Assurances Maladie, soit de la carte publique d'invalidité officiellement délivrée par un organisme public reconnu.

Cette prestation est limitée à 14 jours par an.

Aide à domicile

La mutuelle prend en charge à concurrence d'un montant maximum précisé aux conditions particulières, des frais d'aide à domicile engagés, auprès d'organismes autorisés ou agréés, après accord préalable de la mutuelle, dans les deux mois suivant l'un des événements ci-après survenus aux Membres Participants ou Bénéficiaires :

- Hospitalisation d'au moins trois nuits consécutives,
- Fractures, luxations, entorses graves nécessitant une immobilisation de 15 jours au moins,

- En cas de maternité, hospitalisation d'au moins huit nuits consécutives,
- Décès,
- En cas de chimiothérapie ou de radiothérapie dans le cadre du traitement du cancer, la mutuelle prend en charge un forfait par année civile dont le montant est précisé aux conditions particulières,
- En cas d'hospitalisation supérieure ou égale à 8 nuits, le montant maximum est majoré.

Participation au coût de la mise en place de la téléassistance et aide pour l'achat de matériel favorisant le maintien à domicile

La mutuelle prend en charge ces prestations à concurrence de montants maxima indiqués aux conditions particulières pour les adhérents placés en GIR 4.

Sont définies GIR 4 les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.

GARANT IES SOUS CRI TES AUPRES D'AUTR ES OR GAN ISME S A SSUREUR S.

Allocation Orphelin

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité et à la décision de l'Assemblée générale du 20 septembre 2003, les Membres Participants du présent contrat sont obligatoirement affiliés au contrat n° 2002-1 d'allocations aux orphelins souscrit auprès de MUTACITE, mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité. L'allocation orphelin est versée au représentant légal pour chacun des enfants jusqu'à sa majorité ou son émancipation au décès du 1^{er} parent bénéficiaire de la Mutuelle depuis au moins trois mois. Le stage de trois mois est supprimé en cas d'accident.

Assistance Multi-services Internationale (dont rapatriement des corps)

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité et à la décision de l'Assemblée générale du 20 septembre 2003, les Membres Participants et Bénéficiaires sont obligatoirement affiliés au contrat d'assurance de groupe n° 4161 d'assistance souscrit par la M.N.T. auprès de FIDELIA, entreprise d'assurance régie par le Code des assurances.

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité et à la décision de l'Assemblée générale du 20 septembre 2003, les Membres Participants et Bénéficiaires relevant des sections des départements d'outre-mer qui adhèrent au présent contrat sont obligatoirement affiliés au contrat d'assurance de groupe, assurance de rapatriement des corps souscrit par la M.N.T. auprès de FIDELIA, entreprise d'assurance régie par le Code des assurances.

En qualité de souscripteur du contrat, la mutuelle remet à chaque Membre Participant la notice d'information relative à celui-ci établie par FIDELIA.

Conformément au mandat qui lui est donné par FIDELIA, la M.N.T. encaisse auprès de ses Membres Participants la part de cotisation relative à cette garantie et la reverse à FIDELIA

FIDELIA est seule responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

Protection Juridique

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité et à la décision de l'Assemblée générale du 20 septembre 2003, les Membres Participants et Bénéficiaires sont obligatoirement affiliés au contrat d'assurance de groupe n° 002397001 L et 002397002 M d'assurance de protection juridique souscrit par la M.N.T. auprès de l'Assistance Protection Juridique, entreprise d'assurance régie par le Code des assurances.

En qualité de souscripteur du contrat, la mutuelle remet à chaque membre participant la notice d'information relative à celui-ci établie par l'Assistance Protection Juridique.

Conformément au mandat qui lui est donné par l'Assistance Protection Juridique, la M.N.T. encaisse auprès de ses membres participants la part de cotisation relative à cette garantie et la reverse à l'Assistance Protection Juridique.

Assistance Protection Juridique est seule responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

Perte d'autonomie

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité, les Membres Participants et Bénéficiaires sont obligatoirement affiliés au contrat d'assurance de groupe Perte d'autonomie souscrit par la M.N.T. auprès de CNP I.A.M., entreprise d'assurance régie par le Code des assurances.

En qualité de souscripteur du contrat, la mutuelle remet à chaque Membre Participant la notice d'information relative à celui-ci établie par CNP I.A.M.

Conformément au mandat qui lui est donné par CNP I.A.M., la M.N.T. encaisse auprès de ses Membres Participants la part de cotisation relative à cette garantie et la reverse à CNP I.A.M.

CNP I.A.M. est seule responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

30 - Etendue territoriale des garanties Annexes

L'assurance s'applique aux seuls frais exposés en France métropolitaine et départements d'Outre-mer et pour des Bénéficiaires ayant leur domicile dans ces limites.

30.1 - Etendue territoriale de la Garantie Assistance Multi-Services Internationale :

a) ASSISTANCE AU DOMICILE

Les prestations d'assistance au domicile s'exercent sans franchise kilométrique et ne concernent que le domicile principal du Membre Participant en France métropolitaine.

b) ASSISTANCE MEDICALE

La garantie s'applique avec une franchise de 50 kilomètres du domicile déclaré, pour les séjours n'excédant pas 90 jours consécutifs en France métropolitaine et en Europe communautaire.