

« **ESPRIT COLLECTIF** »

**CONDITIONS GÉNÉRALES
DU CONTRAT COLLECTIF FRAIS DE SANTÉ
A ADHÉSION OBLIGATOIRE**

Le contrat est conclu entre :

D'une part :

Le souscripteur désigné aux conditions particulières

Et

D'autre part :

La Mutuelle Générale

6, rue Vandrezanne – CS 21363

75634 Paris cedex 13

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité

Numéro SIREN 775 685 340

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| GLOSSAIRE | 5 |
| GENERALITES | 13 |
| CHAPITRE I - GARANTIE FRAIS DE SANTE | 14 |
| ARTICLE 1 - GARANTIE « FRAIS DE SANTE » | 14 |
| 1.1 Description de la garantie « Frais de santé » | 14 |
| 1.2 Prestations | 14 |
| 1.3 Prestations de prévention | 16 |
| 1.4 Frais de soins de santé engagés hors de France Métropolitaine | 16 |
| 1.5 Assurances cumulatives | 16 |
| 1.6 Limite du montant des remboursements | 17 |
| 1.7 Pièces à transmettre pour le règlement des prestations | 18 |
| CHAPITRE II - DISPOSITIONS GÉNÉRALES | 19 |
| ARTICLE 2 - REFERENCES LEGALES - PRESCRIPTION | 19 |
| ARTICLE 3 - CONTRAT « SOLIDAIRE » ET « RESPONSABLE » | 19 |
| ARTICLE 4 - SUBROGATION | 21 |
| ARTICLE 5 - AJUSTEMENT DU CONTRAT | 21 |
| ARTICLE 6 - DATE D'EFFET - DUREE - RENOUELEMENT ET RESILIATION DU CONTRAT | 21 |
| ARTICLE 7 - CLAUSE DE MUTUALISATION | 21 |
| ARTICLE 8 - ADHESION DU PERSONNEL | 22 |
| 8.1 Personnel assurable | 22 |
| 8.2 Personnes assurées | 22 |
| 8.3 Prise d'effet de l'adhésion | 23 |
| ARTICLE 9 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES | 24 |
| ARTICLE 10 - CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES | 25 |
| 10.1 Cessation de l'adhésion | 25 |
| 10.2 Cessation des garanties | 25 |
| ARTICLE 11 - MAINTIEN DE LA GARANTIE | 25 |
| ARTICLE 12 - OBLIGATION DU SOUSCRIPTEUR | 26 |
| 12.1 A l'égard des membres participants | 26 |
| 12.2 A l'égard de La Mutuelle Générale | 26 |
| ARTICLE 13 - OBLIGATION DE LA MUTUELLE GENERALE | 27 |
| 13.1 A l'égard du souscripteur | 27 |
| 13.2 A l'égard des membres participants | 27 |
| CHAPITRE III - COTISATION | 29 |
| ARTICLE 14 - ASSIETTE DE COTISATION | 29 |
| ARTICLE 15 - MODALITES DE PAIEMENT DE LA COTISATION | 29 |
| ARTICLE 16 - IMPOTS ET TAXES | 29 |
| ARTICLE 17 - REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES | 29 |
| ARTICLE 18 - INDEXATION | 30 |
| ARTICLE 19 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS | 30 |
| CHAPITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES | 31 |
| ARTICLE 20 - RECLAMATION | 31 |
| ARTICLE 21 - INFORMATIQUE ET LIBERTES | 31 |

| | |
|--|-----------|
| ARTICLE 22 - AUTORITE DE CONTROLE | 31 |
| CHAPITRE V -SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL | 33 |
| ARTICLE 23 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL DONNANT LIEU A UN MAINTIEN DE SALAIRE TOTAL OU PARTIEL, OU A VERSEMENT D'INDEMNITES JOURNALIERES COMPLEMENTAIRES | 33 |
| ARTICLE 24 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NE DONNANT PAS LIEU A UN MAINTIEN DE SALAIRE TOTAL OU PARTIEL, OU A VERSEMENT D'INDEMNITES JOURNALIERES COMPLEMENTAIRES | 33 |
| ARTICLE 25 - ABSENCE DE MAINTIEN DES GARANTIES | 33 |
| CHAPITRE VI - MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE LA PORTABILITE | 35 |
| ARTICLE 26 - CONDITIONS DU MAINTIEN | 35 |
| 26.1 <i>Prise d'effet et durée du maintien</i> | 35 |
| 26.2 <i>Garanties</i> | 35 |
| 26.3 <i>Cotisation</i> | 36 |
| 26.4 <i>Cessation du maintien</i> | 36 |
| 26.5 <i>Obligations du souscripteur</i> | 36 |
| 26.6 <i>Poursuite d'une couverture d'assurance au titre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989</i> | 36 |
| ANNEXE I - LISTE DES PIECES A FOURNIR | 37 |
| ANNEXE II - TIERS PAYANT | 39 |
| 1. MEDICAMENTS | 39 |
| 2. AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE | 39 |
| 3. PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE | 40 |
| ANNEXE III - LES PLUS DE LA MUTUELLE GENERALE | 41 |
| 1. L'ACTION SOCIALE DE LA MUTUELLE GENERALE | 41 |
| 2. LA GARANTIE ASSISTANCE "LMG ASSISTANCE A DOMICILE" | 41 |
| 3. LES PRETS ET CAUTION | 42 |

Glossaire

Le glossaire ci-après définit les termes utilisés dans le contrat afin d'aider à une meilleur lecture des garanties.

| | |
|------------------------------|--|
| Le souscripteur | La personne morale qui a conclu le contrat d'assurance avec La Mutuelle Générale au bénéfice des salariés relevant de la catégorie bénéficiaire pour laquelle le contrat a été souscrit. |
| Le membre participant | Personne physique, membre du personnel salarié du souscripteur, relevant de la catégorie bénéficiaire précisée aux conditions particulières et adhérent au contrat. |
| Le conjoint | L'époux ou l'épouse du membre participant, non divorcé et non séparé de corps judiciairement, exerçant ou non une activité professionnelle. |
| Le partenaire | La personne liée au membre participant par un Pacte Civil de Solidarité - PACS, exerçant ou non une activité professionnelle. Le PACS est un contrat conclu entre deux personnes physiques majeures de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil). |
| Le concubinage | Le concubinage est une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple (article 515-8 du Code Civil). |
| Le concubin | La personne vivant en concubinage avec le membre participant exerçant ou non une activité professionnelle sous réserve que le membre participant et son concubin : <ul style="list-style-type: none">- vivent sous le même toit,- soient libres de tout autre lien de même nature, c'est-à-dire célibataires, veufs(ves) ou divorcés (ées),- ne soient pas engagés dans les liens d'un PACS avec une autre personne. |

Les enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge au titre du présent contrat, ceux du membre participant, de son conjoint, à défaut de son partenaire ou de son concubin tels que définis ci-avant, sous réserve qu'ils soient :

- **âgés de moins de 20 ans** et bénéficiant de prestations d'un Régime obligatoire d'assurance maladie sous le numéro d'immatriculation du membre participant, de son conjoint, ou de son partenaire ou de son concubin ;

- **âgés de moins de 28 ans** et :

- ✓ poursuivent leurs études (sur présentation d'un certificat de scolarité) et ne disposent pas de ressources propres supérieures à 70 % du SMIC provenant d'une activité salariée sauf emploi saisonnier ou occasionnel durant leurs études,
- ✓ poursuivent une formation en alternance dont la rémunération est inférieure à 70 % du SMIC,
- ✓ inscrits au Pôle Emploi comme primo-demandeurs d'emploi.

- Quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'un handicap les mettant dans l'impossibilité de se livrer à une activité rémunératrice (ressources mensuelles au maximum égales au quart du plafond mensuel de la Sécurité sociale en ce qui concerne exclusivement leurs ressources d'origine professionnelle, abstraction faite des compléments de salaire versés par l'État et de toutes ressources attachées au handicap) et perçoivent l'allocation aux adultes handicapés (Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 modifiée par la Loi n°2005-102 du 11 février 2005).

Changement de situation de famille

Est considéré comme un changement de situation de famille, la survenance de l'un des évènements suivants :

- la perte de la qualité d'ayants droit telle que définie au présent glossaire,
- le décès d'un ayant droit inscrit au contrat,
- la perte d'emploi du conjoint, partenaire ou concubin du membre participant,
- la naissance d'un enfant du membre participant
- l'adoption d'un enfant par le membre participant,
- le mariage du membre participant,
- la conclusion d'un PACS par le membre participant,
- la mise en concubinage tel que défini au présent glossaire par le membre participant.

Les ayants droit

Sont considérés comme ayants droit au titre du présent contrat :

- le conjoint, le partenaire ou le concubin du membre participant tel que défini ci-avant,
- les enfants à charge tels que définis ci-avant.

Les bénéficiaires

Le membre participant et ses ayants droit tels que définis ci-avant sous réserve d'être inscrits au contrat.

L'accident

Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle de la part du bénéficiaire, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

| | |
|----------------------------------|---|
| La maladie | Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente. |
| La maternité | Etat de la femme lui permettant de bénéficier des prestations de l'assurance maternité. |
| Les frais réels | Frais réellement engagés et justifiés. |
| Les prestations en nature | Remboursement des frais médicaux ou paramédicaux engagés par le membre participant ou ses ayants droit. |
| Le parcours de soins | <p>Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursé normalement, sans diminution du montant de leur remboursement.</p> <p>Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un Régime obligatoire d'assurance maladie âgés de plus de 16 ans.</p> <p>Est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés, le patient qui consulte en premier lieu, le médecin traitant qu'il a déclaré auprès du Régime obligatoire d'assurance maladie (ou son remplaçant).</p> <p>Entre également dans le parcours de soins tous actes auprès :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ d'un autre médecin en cas d'urgence ou d'éloignement du domicile principal, ✓ d'un autre médecin dit « correspondant » auquel il a été adressé par son médecin traitant, ✓ d'un spécialiste en accès direct autorisé par la loi n° 2004-810 du 13/08/2004, à savoir : les ophtalmologues, les gynécologues, les stomatologues et les psychiatres et neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans. |

| | |
|---|---|
| La participation forfaitaire | Réglementation en vigueur au 1er octobre 2012 : Montant forfaitaire d'un euro laissé à la charge du patient pour les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie médicale et d'imagerie médicale. |
| (Article L322-2 II du Code de la Sécurité sociale) | <p>Cette participation forfaitaire ne concerne pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ les membres participants et leurs ayants droit relevant du régime local Alsace-Moselle, ✓ les enfants de moins de 18 ans, ✓ les femmes enceintes à compter du 6ème mois de grossesse jusqu'au 12ème jour de l'accouchement ✓ les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou de l'aide médicale de l'Etat (AME) |

Le nombre de participation forfaitaire est plafonné à quatre jours pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

Cette participation forfaitaire n'est pas prise en charge par La Mutuelle Générale,

La franchise

(Article L322-2 III du Code de la Sécurité sociale)

Somme déduite des remboursements effectués par le Régime obligatoire d'assurance maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires sauf en cas d'urgence.

Ces franchises ne sont pas prises en charge par La Mutuelle Générale.

La base de remboursement

Tarif servant de référence au Régime obligatoire d'assurance maladie pour déterminer le montant de son remboursement.

Le Plafond Annuel de la Sécurité sociale - PASS

Plafond de référence fixé annuellement par arrêté publié au journal officiel. Ce plafond peut servir de base au calcul des prestations et /ou des cotisations dans le contrat.

Sa valeur peut être consultable le site : www.securite-sociale.fr

Le secteur conventionné

Le secteur conventionné regroupe l'ensemble des professionnels ayant adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants syndicaux de la profession.

- ✓ Le secteur 1 : regroupe l'ensemble des médecins appliquant le tarif fixé par la convention. Les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés sauf en cas de demande particulière du patient telle qu'une consultation en dehors des horaires d'ouverture du cabinet médical.
- ✓ Le secteur 2 : regroupe l'ensemble des médecins autorisés à pratiquer des honoraires libres avec « tact et mesure ».

Ils ont l'obligation d'afficher de manière « lisible et visible » dans leur salle d'attente leur secteur d'activité, leurs honoraires, et le montant d'au moins cinq prestations les plus couramment pratiquées.

Les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en compte par l'assurance maladie obligatoire mais peuvent être pris en charge par la Mutuelle Générale.

Le secteur non conventionné

Le secteur non conventionné regroupe l'ensemble des professionnels n'ayant pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants syndicaux de la profession.

Ces professionnels sont autorisés à pratiquer des honoraires libres. En conséquence, le remboursement des actes par l'assurance maladie obligatoire est minoré.

Le forfait journalier hospitalier

Somme forfaitaire dû par le patient en cas d'hospitalisation supérieure à 24 heures.

Cette participation correspond aux frais d'entretien et d'hébergement inhérents à l'hospitalisation du patient. Elle n'est pas prise en charge par l'assurance maladie obligatoire sauf en cas :

- ✓ d'hospitalisation consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle,
- ✓ d'hospitalisation à domicile,
- ✓ d'hospitalisation d'une femme au cours des derniers mois de sa grossesse.

Participation forfaitaire de 18€

Participation forfaitaire de 18 € à la charge du membre participant qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'Etat (120 € en 2011), ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60 en 2011. Certains actes ne sont pas concernés par le forfait à 18 € (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100 % du fait d'une ALD...).

Cette participation forfaitaire est prise en charge par La Mutuelle Générale.

Le ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le Régime obligatoire d'assurance maladie (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou les traitements, la nature du risque concerné ou selon que la personne assurée est atteinte d'une affection longue durée. Il est généralement pris en charge par La Mutuelle Générale.

Le reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement du Régime obligatoire d'assurance maladie. Il est constitué :

- ✓ du ticket modérateur,
- ✓ de la participation forfaitaire de un euro et des éventuelles franchises, **étant rappelé qu'elles ne sont pas prises en charge par la Mutuelle Générale.**
- ✓ des éventuels dépassements d'honoraires.

L'appareillage

Biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par le Régime obligatoire d'assurance maladie.

Seuls les biens inscrits au titre II « Orthèses et prothèses externes » sont pris en charge par La Mutuelle Générale.

Les auxiliaires médicaux

Professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures podologues, etc. - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par le Régime obligatoire d'assurance maladie.

**Le Régime obligatoire
d'assurance maladie**

Régime obligatoire de Sécurité sociale des travailleurs salariés ou Mutualité sociale agricole ou tout autre régime spécial légalement obligatoire de garanties sociales de salariés, et éventuellement le Régime obligatoire d'assurance maladie des Travailleurs Non Salarié pour le conjoint, partenaire ou concubin du membre participant ou le régime de Sécurité sociale des étudiants pour les enfants à charge.

Dans le texte des conditions particulières, le Régime obligatoire d'assurance maladie dont bénéficie chacune des personnes assurées par le contrat est désigné sous le terme "Régime obligatoire d'assurance maladie" ("RO" en abrégé).

La biologie médicale

Ensemble des examens (prélèvements, analyses, etc.) généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale. La plupart des actes de biologie médicale sont remboursés par le Régime obligatoire d'assurance maladie.

La chambre particulière

Prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle.

La chambre individuelle n'est jamais remboursée par le Régime obligatoire d'assurance maladie, car le patient peut demander à être hébergé en chambre commune (sauf lorsque la prescription médicale impose l'isolement dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite). Son coût varie selon les établissements.

La chirurgie ambulatoire

Chirurgie réalisée sans hospitalisation dans un établissement de santé ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

La chirurgie réfractive

Techniques chirurgicales permettant de corriger les défauts visuels (notamment l'opération de la myopie au laser).

Le Régime obligatoire d'assurance maladie ne prend pas en charge ces opérations, mais celles-ci peuvent l'être par La Mutuelle Générale.

La consultation médicale

Examen d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste, généralement effectué dans un cabinet médical.

La cure thermale

Séjour dans un centre thermal à des fins thérapeutiques.

Les cures thermales sont remboursées par le Régime obligatoire d'assurance maladie sous certaines conditions. Elles doivent être prescrites par un médecin.

**La demande de prise en charge
par l'organisme d'assurance
maladie complémentaire**

Demande formulée auprès de l'organisme d'assurance maladie complémentaire, avant d'engager certaines dépenses (hospitalisation, prothèses dentaires,...), permettant de vérifier que les soins envisagés sont bien couverts par la garantie, et le cas échéant, de demander à bénéficier d'une dispense d'avance des frais. En pratique, c'est souvent le professionnel de santé ou l'établissement qui effectue cette démarche pour le compte de l'assuré, sur la base d'un devis.

Les dépassements d'honoraires Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement du Régime obligatoire d'assurance maladie et qui n'est jamais remboursée par cette dernière. Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient.

La Mutuelle Générale peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements selon les garanties prévues au contrat.

Le devis Document présentant les soins et prestations proposés et leur prix de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

Quand les professionnels de santé envisagent de facturer des honoraires supérieurs à 70 € comportant un dépassement, ils doivent présenter un devis préalable au patient.

Les opticiens et audioprothésistes doivent également présenter un devis. Celui-ci permet de connaître à l'avance le montant total des dépenses. Ils ne peuvent refuser de fournir ce document.

Les frais d'accompagnement Frais correspondant aux facilités (lit, repas,...) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation.

Ces frais facturés par l'établissement de santé ne sont pas remboursés par le Régime obligatoire d'assurance maladie, mais peuvent être pris en charge par La Mutuelle Générale

Les frais de séjour Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient. En fonction du statut de l'établissement, les honoraires médicaux et paramédicaux peuvent être exclus de ces frais et facturés à part.

Les inlays et onlays Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire.

Le chirurgien-dentiste pratique le plus souvent des dépassements sur les actes, il est donc judicieux de lui demander un devis avant qu'il effectue ces soins.

Verres

Au titre du contrat, les verres sont classés en fonction de leur niveau de correction, tel que précisé ci-après :

| Verres simples | | Verres moyens | | Verres complexes | |
|----------------|--|---------------|---|------------------|--|
| Ref : LPP | 2200393 2203240 2226412 2242457 2259966 2261874 2270413 2287916 | Ref : LPP | 2212976 2219381 2235776 2238941 2243304 2243540 2248320 2252668 2254868 2259245 2263459 2264045 2265330 2268335 2273854 2280660 2282793 2283953 2284527 2290396 2291088 2291183 2295896 2297441 | Ref : LPP | 2202239 2202452 2206800 2227038 2234239 2238792 2240671 2245036 2245384 2252042 2259660 2282221 2288519 2295198 2299180 2299523 |

Des informations complémentaires peuvent également être consultées le site internet de l'UNOCAM à l'adresse suivante : <http://www.unocam.fr>

Généralités

Le contrat est constitué des présentes conditions générales et de conditions particulières.

Le contrat a pour objet de définir les modalités et conditions selon lesquelles La Mutuelle Générale assure au bénéfice des salariés du souscripteur remplissant les conditions définies aux conditions particulières, une garantie complémentaire collective « Frais de santé » à adhésion obligatoire

Toute modification du contrat doit être constatée par voie d'avenant signé des parties.

Le contrat exprime l'intégralité de l'accord entre les parties. Ses stipulations prévalent sur tout document et notamment lettres, télex, déclarations ou communications ainsi que sur tout usage professionnel.

En cas de difficulté d'interprétation entre l'un quelconque des titres figurant en tête des clauses, et l'une quelconque des clauses, les titres seront déclarés inexistantes.

Pour l'application du contrat, les parties élisent respectivement domicile au lieu de leur siège social.

La monnaie de référence pour l'application de toutes les dispositions du Contrat est l'Euro.

CHAPITRE I - GARANTIE FRAIS DE SANTE

ARTICLE 1 - GARANTIE « FRAIS DE SANTE »

1.1 Description de la garantie « Frais de santé »

La garantie « Frais de santé » consiste à faire bénéficier les membres participants et, le cas échéant, leurs ayants droit, de la prise en charge, en complément des prestations en nature versées par le Régime obligatoire d'assurance maladie, des frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident garanti, prescrits par une autorité médicale qualifiée, **sous réserve des frais réellement engagés et des dispositions prévues à l'article 1.6 des présentes conditions générales.**

Sauf cas expressément visés dans les conditions particulières, ne sont pas pris en charge les actes non remboursés par le Régime obligatoire d'assurance maladie.

Si leur prise en charge est prévue aux conditions particulières, ces actes doivent être prescrits et pratiqués par un professionnel de santé disposant d'un diplôme d'état dans sa spécialité et d'un numéro d'immatriculation au registre du commerce (numéro Siret).

1.2 Prestations

Le montant du remboursement est déterminé **acte par acte et indiqué aux conditions particulières.**

Il est rappelé que les garanties prises en considération par La Mutuelle Générale pour effectuer son remboursement sont celles en vigueur à la date des soins retenue par le Régime obligatoire d'assurance maladie.

Lorsque le contrat prévoit le remboursement d'actes en secteur non conventionné, calculé en fonction de la base de remboursement ou des prestations du Régime obligatoire d'assurance maladie, La Mutuelle Générale reconstituera ces dernières en fonction des tarifs en vigueur pour ces actes en secteur conventionné.

Les actes pris en compte par La Mutuelle Générale sont les suivants :

■ Soins courants :

On entend notamment par soins courants :

- ↳ Les consultations médicales et visites médicales du généraliste et/ou du spécialiste,
- ↳ Les actes techniques médicaux,
- ↳ Les frais d'analyses médicales, d'examens de laboratoire et de biologie médicale,
- ↳ Les actes d'auxiliaires médicaux,
- ↳ Les actes d'imagerie médicale.
- ↳ Prothèses médicales non dentaires prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie :
 - ✓ appareils auditifs,
 - ✓ appareils orthopédiques,
 - ✓ fournitures et appareillages médicaux non dentaires.

■ **Sous réserve d'une part, des dispositions figurant aux conditions particulières et d'autre part que le praticien dispose d'un diplôme d'état dans sa spécialité et d'un numéro d'immatriculation au registre du commerce (numéro Siret) : la médecine douce**

■ **Médicaments**

↳ les frais pharmaceutiques prescrits médicalement et pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.

■ **Optique**

↳ les frais de verres et de monture, de lentilles prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.

↳ **Sous réserve de figurer aux conditions particulières et sur présentation d'une prescription médicale,** peuvent également être pris en charge au titre du contrat :

- ✓ les lentilles correctrices non prises en charge par le Régime obligatoire d'assurance maladie - y compris les lentilles correctrices jetables,
- ✓ la chirurgie réfractive.

■ **Dentaire**

↳ les actes dentaires pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie,

↳ les prothèses dentaires (y compris couronne sur implant) prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie

↳ Traitement orthodontique pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.

↳ **Sous réserve de figurer aux conditions particulières et sur présentation d'une prescription médicale,** peuvent également être pris en charge au titre du contrat :

- ✓ les traitements orthodontiques non pris en charge par le Régime obligatoire d'assurance maladie,
- ✓ les prothèses dentaires non prises en charge par le Régime obligatoire d'assurance maladie,
- ✓ l'implantologie ou la parodontologie non prise en charge par le Régime obligatoire d'assurance maladie.

■ **Hospitalisation médicale et chirurgicale**

↳ les frais de séjour,

↳ les honoraires du ou des praticiens,

↳ les actes de chirurgie, d'anesthésie et de réanimation et frais de salle d'opération,

↳ **Sous réserve des dispositions figurant aux conditions particulières :**

- ✓ le forfait journalier hospitalier,
- ✓ la chambre particulière,

La prise en charge par La Mutuelle Générale du forfait journalier hospitalier et de la chambre particulière étant **limitée à 6 mois par hospitalisation, et à 60 jours continus par an et par bénéficiaire en cas d'hospitalisation en service psychiatrique ou en maison de repos.**

- ✓ Le lit d'accompagnement,
- ✓ Les frais d'accompagnement.

■ **Frais de transport sanitaire, sur prescription médicale, aller et retour du domicile du membre participant ou du lieu de l'accident à l'établissement hospitalier,**

■ **Cure thermale prise en charge par le Régime obligatoire d'assurance maladie :**

Si cette garantie figure aux conditions particulières et dans la limite prévue par le Régime obligatoire d'assurance maladie par an et par bénéficiaire :

- ↳ Le forfait de surveillance médicale,
- ↳ Le forfait thermal
- ↳ Les frais de transport et d'hébergement dans les conditions mentionnées aux conditions particulières.

■ **Maternité**

↳ les frais médico-chirurgicaux (examens prénataux, examens postnataux, frais d'accouchement, surveillance médicale de l'enfant) sont pris en charge dans les mêmes conditions que celles figurant en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale.

↳ **Sous réserve des dispositions figurant aux conditions particulières :**

- ✓ la chambre particulière, dans les mêmes conditions que celles figurant en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale,
- ✓ les frais de procréation médicale assistée.

↳ **Si cette garantie figure aux conditions particulières**, en cas de naissance d'un enfant du membre participant, une indemnité forfaitaire, dont le montant est précisée aux conditions particulières est versée au membre participant sur présentation de l'acte de naissance de son enfant.

1.3 Prestations de prévention

La garantie « Frais de santé » prend en charge (au minimum), le ticket modérateur de l'ensemble des prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de Santé Publique, prévues à l'article R. 871-2 II du Code de la Sécurité sociale et dont l'arrêté du 8 juin 2006 paru au JO du 18 juin 2006 fixe la liste. **Ces prestations de prévention sont remboursées à hauteur du niveau de prestations prévu aux conditions particulières du contrat, dans la limite des frais réels.**

1.4 Frais de soins de santé engagés hors de France Métropolitaine

La garantie « Frais de santé » prend en charge les actes et soins de santé engagés dans les Départements et Territoires d'Outre-Mer ou à l'étranger lors d'un séjour temporaire, à condition que le régime d'assurance maladie obligatoire du membre participant ou de son ayant droit les prenne en charge.

1.5 Assurances cumulatives

LES REMBOURSEMENTS DU REGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE, DE LA MUTUELLE GENERALE ET DE TOUT AUTRE ORGANISME NE PEUVENT EXCEDER LE MONTANT DES FRAIS REELLEMENT ENGAGES.

LES GARANTIES DE MEME NATURE CONTRACTEES AUPRES DE PLUSIEURS ORGANISMES ASSUREURS PRODUISENT LEURS EFFETS DANS LA LIMITE DE CHAQUE GARANTIE QUELLE QUE SOIT SA DATE DE SOUSCRIPTION. DANS CETTE LIMITE, LE BENEFICIAIRE DU CONTRAT PEUT OBTENIR L'INDEMNISATION EN S'ADRESSANT A L'ORGANISME DE SON CHOIX.

SOUS PEINE DE DECHEANCE, LE MEMBRE PARTICIPANT DOIT FAIRE LA DECLARATION DES ASSURANCES CUMULATIVES. CETTE OBLIGATION EST VALABLE PENDANT TOUTE LA DUREE DE L'ADHESION AU CONTRAT.

LA LIMITATION DES REMBOURSEMENTS AU MONTANT DES FRAIS REELLEMENT ENGAGES EST DETERMINEE PAR LA MUTUELLE GENERALE POUR CHAQUE POSTE OU ACTE GARANTI.

1.6 Limite du montant des remboursements

Ne sont pas pris en charge par La Mutuelle Générale:

- ↳ L'ENSEMBLE DES INTERDICTIONS DE PRISE EN CHARGE LIE AUX CONTRATS RESPONSABLE PRECISEES A L'ARTICLE 6 DES PRESENTES CONDITIONS GENERALES,
- ↳ SAUF DISPOSITIONS PARTICULIERES PREVUES AUX CONDITIONS PARTICULIERES, LES ACTES REFERENCES OU NON PAR LE REGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE NON REMBOURSES PAR CET ORGANISME,
- ↳ LES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES NON DECLARES AU REGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE,
- ↳ LES ACTES EFFECTUES ANTERIEUREMENT A LA DATE D'EFFET DU CONTRAT PRECISEE AUX CONDITIONS PARTICULIERES, OU DE L'ADHESION DU MEMBRE PARTICIPANT ET DE SES AYANTS DROIT,
- ↳ LES ACTES EFFECTUES POSTERIEUREMENT A LA DATE DE RESILIATION DU CONTRAT OU DE CESSATION DES GARANTIES POUR LE MEMBRE PARTICIPANT ET SES AYANTS DROIT,
- ↳ EN CAS D'HOSPITALISATION OU DE CURE THERMALE, LES FRAIS ANNEXES ET NON MEDICAUX TELS QUE FRAIS DE BOISSONS, TELEPHONE, TELEVISION
- ↳ LES CURES DE RAJEUNISSEMENT ET LES TRAITEMENTS ESTHETIQUES A L'EXCEPTION DE CEUX CONSECUTIFS A UN ACCIDENT GARANTI OU DONNANT LIEU A UNE PRISE EN CHARGE PAR LE REGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE,
- ↳ LA VISITE DU MEDECIN AU DOMICILE DU PATIENT LORSQU'ELLE REpond A UNE EXIGENCE PARTICULIERE DU MALADE, SANS ETRE JUSTIFIEE PAR DES CONDITIONS MEDICO-ADMINISTRATIVES ET CLINIQUES OU SOCIO-ENVIRONNEMENTALES,
- ↳ LES ACTES DISPENSES AU COURS D'UN SEJOUR EN THALASSOTHERAPIE,
- ↳ LES ETUIS DE LUNETTES, LES LUNETTES DE SOLEIL, LES PRODUITS D'ENTRETIEN ET LES CORDONS DE LUNETTES,
- ↳ LES CENTRES DE REEDUCATION PROFESSIONNELLE,
- ↳ LES HOPITAUX THERMAUX ET SECTIONS THERMALES DES ETABLISSEMENTS PUBLICS,
- ↳ LES INSTITUTS MEDICO-PEDAGOGIQUES,
- ↳ LES INSTITUTS MEDICO-PEDAGOGIQUES PROFESSIONNELS,
- ↳ LES CENTRES D'AIDE PAR LE TRAVAIL,

↳ LES CENTRES MEDICO-PEDAGOGIQUES,

↳ LES ETABLISSEMENTS DE LONG SEJOUR ET LES SECTIONS DE LONG SEJOUR ;

↳ LES MAISONS D'ENFANTS A CARACTERE SANITAIRE ;

↳ LES MAISONS D'ACCUEIL SPECIALISEES ;

↳ LES ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (MAISON DE RETRAITE, ETABLISSEMENTS HEBERGEANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES, SERVICES DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE ;

↳ SAUF DISPOSITIONS PREVUES AUX CONDITIONS PARTICULIERES, LES ACTES NE FIGURANT PAS DANS LA NOMENCLATURE DE LA SECURITE SOCIALE

LES LIMITATIONS DE GARANTIES ET EXCLUSIONS NE S'APPLIQUENT PAS LORSQU'ELLES ONT POUR EFFET D'EMPECHER LES PRISES EN CHARGE MINIMALES PREVUES A L'ARTICLE R.871-2 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE PRIS EN APPLICATION DE L'ARTICLE L.871-1 DU MEME CODE ET PAR TOUT AUTRE TEXTE EN VIGUEUR RELATIF AUX « CONTRATS RESPONSABLES », VISEES A L'ARTICLE 6 DES PRESENTES CONDITIONS GENERALES.

Par ailleurs, il est rappelé que conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L.224-8 du Code de la mutualité, 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 de ses ayants droit, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

En cas d'assurances cumulatives, les dispositions de l'article 1.5 des présentes conditions générales sont applicables.

En cas de modification des prestations du régime obligatoire d'assurance maladie, les engagements de La Mutuelle Générale ne pourront en aucun cas s'en trouver aggravés.

1.7 Pièces à transmettre pour le règlement des prestations

La liste des pièces nécessaires à La Mutuelle Générale pour le règlement des prestations figure en annexe I des présentes conditions générales.

CHAPITRE II - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 2 - REFERENCES LEGALES - PRESCRIPTION

Le contrat est régi par le Code de la mutualité et notamment par les dispositions du Livre II de ce Code.

Il est constitué des présentes **conditions générales** et de **conditions particulières**.

Les déclarations du souscripteur et des membres participants servent de base à l'application des garanties du contrat.

En application de l'article L221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court pas :

- ✓ En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où La Mutuelle Générale en a eu connaissance.
- ✓ En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

En application de l'article L221-12 du Code de la mutualité, 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 Générale 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 Générale, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 3 - CONTRAT « SOLIDAIRE » ET « RESPONSABLE »

Le présent contrat est qualifié de « solidaire » et « responsable » conformément aux exigences énoncées par la législation en vigueur.

On entend par « solidaire », un contrat d'assurance de groupe dont l'adhésion des membres participants et la cotisation ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes couvertes.

On entend par « responsable » un contrat d'assurance de groupe appliquant l'ensemble des dispositions prévues aux articles L 871-1 ; R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Ainsi, le présent contrat prévoit des niveaux minimum de remboursement et prend donc en charge à ce titre :

- ✓ les frais de consultations médicales du médecin traitant et des médecins correspondants **au moins** à hauteur de 100 % de la base de remboursement retenue par le régime obligatoire d'assurance maladie (y compris le remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie).

- ✓ les médicaments visés au 2° de l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale ainsi que les frais d'analyses médicales ou de laboratoire qui ont été prescrits par le médecin traitant ou correspondant **au moins** à hauteur de 95 % du tarif retenu par le régime obligatoire d'assurance maladie pour effectuer son remboursement (y compris le remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie).
- ✓ es actes de prévention ou de dépistage actuellement fixés par arrêté du 8 juin 2006 en fonction des objectifs de santé publique **au moins** à hauteur de 100 % du tarif retenu par le régime obligatoire de d'assurance maladie pour effectuer son remboursement (y compris le remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie).

Toutes nouvelles obligations instituées par les textes légaux et réglementaires relatives aux « contrats responsables » seront, dès leur entrée en vigueur, prises en considération par le présent contrat sans qu'il soit nécessaire de procéder à la modification du présent contrat par avenant dès lors que les modalités et conditions d'application de ces nouvelles obligations ne nécessiteraient pas un tel avenant. Dans l'hypothèse où les modalités et conditions d'application de ces nouvelles obligations nécessiteraient un avenant au présent contrat, les parties s'engagent à signer un tel avenant de sorte que les nouvelles obligations de prise en charge soient applicables dès leur entrée en vigueur.

En revanche, le présent contrat ne prend pas en charge :

↳ la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale. Cette participation forfaitaire définie au glossaire ci-avant, ne sera en aucun cas prise en charge par La Mutuelle Générale.

↳ les franchises pratiquées par les régimes obligatoires d'assurance maladie prévues au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale. Ces franchises définies au glossaire ci-avant ne seront en aucun cas prises en charge par La Mutuelle Générale.

↳ Lorsque le membre participant ou l'un de ses ayants droit âgé de 16 ans ou plus :

- ✓ n'a pas choisi de médecin traitant,
- ✓ consulte un médecin hors parcours de soins,
- ✓ refuse, lors d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation, de donner au(x) professionnel(s) de santé au(x)quel(s) il a recours, l'autorisation (lorsque cette disposition entrera en vigueur) d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter,

la participation mentionnée au I de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale et laissée à la charge de ce membre participant ou de son ayant droit par le régime obligatoire d'assurance maladie (ticket modérateur) est majorée. Cette majoration ne sera en aucun cas prise en charge par La Mutuelle Générale.

↳ lorsque le membre participant ou l'un de ses ayants droit âgé de 16 ans ou plus consulte hors parcours de soins un médecin spécialiste qui, dans ce cadre, applique une majoration autorisée par rapport au tarif retenu par le régime obligatoire d'assurance maladie pour effectuer son remboursement, La Mutuelle Générale tiendra compte pour le calcul de sa prestation, de la part de cette majoration devant rester à la charge du membre participant ou ayant droit.

↳ tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par la législation, notamment par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application.

ARTICLE 4- SUBROGATION

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire mentionnées à l'article L. 224-8 du même Code, La Mutuelle Générale est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle Générale ne peut prétendre au remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par La Mutuelle Générale n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Afin de permettre à La Mutuelle Générale de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engage (ent) à déclarer à La Mutuelle Générale, dans les meilleurs délais, tout accident dont il est (ou ils sont) victime(s).

ARTICLE 5 - AJUSTEMENT DU CONTRAT

Si une décision législative ou réglementaire remettrait en cause ou modifierait les engagements de La Mutuelle Générale, celle-ci se réserve le droit de procéder à la révision du contrat.

Ainsi, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer jusqu'à la date d'effet de la révision sauf si ces modifications sont d'ordre public et/ou d'application immédiate.

Toutefois, si le souscripteur est en désaccord avec les nouvelles dispositions applicables au contrat, tant le souscripteur que La Mutuelle Générale pourra résilier le contrat dans les trente jours suivant l'envoi de la lettre, informant le souscripteur des mesures de révision applicables au contrat, par La Mutuelle Générale.

ARTICLE 6 - DATE D'EFFET - DUREE - RENOUELEMENT ET RESILIATION DU CONTRAT

Le contrat prend effet à la date fixée aux conditions particulières, sous réserve d'être retourné régularisé à La Mutuelle Générale.

Il est conclu pour une première période allant de sa date d'effet au 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction, le 1er janvier de chaque année, par période d'un an, sauf en cas de dénonciation par l'une ou l'autre des parties, notifiée par lettre recommandée avec avis de réception envoyé au moins deux mois avant la date de renouvellement.

Le contrat peut également être résilié dans les conditions définies aux articles 5 (ajustement du contrat), 18 (défaut de paiement des cotisations) et 16 (révision des cotisations et/ou des garanties) des présentes conditions générales.

ARTICLE 7 - CLAUSE DE MUTUALISATION

Tous les contrats du type santé « ESPRIT COLLECTIF » établis par La Mutuelle Générale sont réunis en un groupe unique pour l'établissement du compte de résultats.

ARTICLE 8 - ADHESION DU PERSONNEL

8.1 Personnel assurable

Sous réserve des dispositions prévues par l'acte instituant la mise en place du régime frais de santé (décision unilatérale de l'employeur, référendum, accord collectif), **doit adhérer au présent contrat l'ensemble des membres du personnel relevant de la catégorie bénéficiaire précisée aux conditions particulières, pour lequel le contrat a été souscrit et dont le contrat de travail est en vigueur, y compris ceux dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions prévues au Chapitre V des présentes conditions générales et ceux relevant des dispositions relatives au cumul emploi/retraite .**

Les salariés du souscripteur remplissant les conditions mentionnées ci-dessus acquièrent la qualité de membres participants de La Mutuelle Générale, conformément aux statuts de La Mutuelle Générale et sont dénommés « les membres participants ».

8.2 Personnes assurées

Selon les modalités prévues aux conditions particulières, les garanties du contrat sont accordées :

✓ **Soit au profit de la catégorie « Famille »**

Dans ce cas sont couverts par le contrat, le membre participant et ses ayants droit éventuels répondant à la définition du glossaire.

✓ **Soit au profit des catégories « Isolé » - « Famille » :**

Dans ce cas sont couverts par le contrat :

- au titre de la catégorie « **Isolé** », le membre participant seul à **l'exclusion de ses ayants droit**,
- au titre de la catégorie « **Famille** », le membre participant et ses ayants droit déclarés à La Mutuelle Générale, et répondant à la définition du glossaire.

✓ **Soit au profit des catégories « Isolé » - « Duo » - « Famille »**

Dans ce cas sont couverts par le contrat :

- au titre de la catégorie « **Isolé** », le membre participant seul à **l'exclusion de ses ayants droit**,
- au titre de la catégorie « **Duo** », le membre participant et un ayants droit déclarés à La Mutuelle Générale, et répondant à la définition du glossaire.
- au titre de la catégorie « **Famille** », le membre participant et ses ayants droit déclarés à La Mutuelle Générale, et répondant à la définition du glossaire.

Ainsi, le rattachement du membre participant à l'une ou l'autre de ces catégories « Isolé » - « Famille » ou « Isolé » - « Duo » - « Famille » est :

- soit obligatoirement déterminé en fonction de la situation de famille de l'intéressé,
- soit laissé au libre choix du membre participant.

La solution applicable au contrat sera celle retenue par le souscripteur, conformément aux dispositions prévues par l'acte (décision unilatérale de l'employeur, référendum, accord collectif) instituant le régime complémentaire frais de santé.

Lorsque le rattachement du membre participant à l'une ou l'autre des catégories « Isolé » - « Famille » ou « Isolé » - « Duo » - « Famille » est laissé au libre choix de ce dernier, celui-ci peut demander à changer son rattachement dans les conditions définies à l'article 8.3 ci-après.

✓ **Soit au profit des catégories « Adulte » - « Enfant » :**

Dans ce cas sont couverts par le contrat :

Le membre participant et sous réserve qu'ils soient également inscrits au contrat et que la cotisation nécessaire à leur prise en charge soit payée à La Mutuelle Générale :

- son conjoint, partenaire ou concubin tel que défini au glossaire. Le membre participant et le cas échéant, son conjoint, partenaire ou concubin, sont alors rattachés chacun individuellement à la catégorie « **Adulte** »

et

- les enfants à charge tels que définis au glossaire. Les enfants considérés sont alors rattachés chacun individuellement à la catégorie « **Enfant** ».

L'inscription au contrat des ayants droit du membre participant (conjoint, partenaire ou concubin et enfants à charge) est :

- soit obligatoire,
- soit laissée, et ce pour chacun d'entre eux individuellement, au libre choix du membre participant.

La solution applicable au contrat sera celle retenue par le souscripteur, conformément aux dispositions prévues par l'acte (décision unilatérale de l'employeur, référendum, accord collectif) instituant le régime complémentaire frais de santé.

Lorsqu'elle est laissée individuellement pour chacun d'entre eux au libre choix du membre participant, celui-ci peut demander l'inscription de tout ou partie de l'ensemble de ses ayants droit postérieurement à son adhésion au contrat dans les conditions définies à l'article 8.3 ci-après.

8.3 Prise d'effet de l'adhésion

↳ Prise d'effet de l'adhésion pour les membres participants

A la date d'effet du contrat : L'adhésion des membres du personnel prend effet à la même date que le contrat sous réserve de répondre aux conditions cumulatives suivantes :

- ✓ être inscrit sur la liste nominative que le souscripteur doit remettre à La Mutuelle Générale conformément aux dispositions prévues à l'article 12.2 des présentes conditions générales,
- ✓ avoir complété le bulletin d'adhésion

En cours de contrat : l'adhésion des membres du personnel prend effet à leur date d'entrée dans l'effectif assurable, sous réserve d'avoir complété un bulletin d'adhésion

Prise d'effet de l'adhésion pour les ayants droit des membres participants

L'adhésion des ayants droit prend effet dans les conditions suivantes sous réserve des dispositions prévues à l'article 8.2 « personnes assurées ».

- ✓ **Lorsque l'adhésion est obligatoire ou lorsque le membre participant est inscrit au contrat en catégorie "Famille"**, l'inscription des ayants droit prend effet :
 - à la même date que l'adhésion au contrat du membre participant lui-même,
 - à la date de la modification de situation de famille (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, naissance d'enfants ou adoption), **sous réserve que cette modification ait été portée à la connaissance de La Mutuelle Générale dans un délai de 30 jours suivant la date de la modification.**

- ✓ **Lorsque l'adhésion est laissée au libre choix du membre participant**, l'inscription de ses ayants droit prend effet :
 - lorsque le membre participant demande l'inscription de ses ayants droit au contrat simultanément à sa propre adhésion, à la même date que l'adhésion au contrat du membre participant lui-même,
 - lorsque le membre participant demande l'inscription de ses ayants droit au contrat, postérieurement à son adhésion :
 - immédiatement en cas de changement de situation de famille ou si la demande a pour cause le terme normal d'une garantie antérieure couvrant les ayants droit, **sous réserve que cette modification ait été portée à la connaissance de La Mutuelle Générale dans un délai de 30 jours suivant la date de la modification ;**
 - immédiatement en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant de moins de 12 ans, **sous réserve que cette modification ait été portée à la connaissance de La Mutuelle Générale dans un délai de 30 jours suivant la date de l'évènement ;**
 - dans les autres cas ou lorsque le délai de 30 jours ci-dessus n'aura pas été respecté, au 1er jour du mois civil suivant la date de réception de la demande par La Mutuelle Générale.

ARTICLE 9 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Sous réserve du paiement de la cotisation correspondante par le souscripteur, les garanties prennent effet :

-  Pour le membre participant, à la date de prise d'effet de son adhésion telle que précisée à l'article 7.3 ci-avant.
-  pour les ayants droit du membre participant tels que définis au glossaire, à la date de prise d'effet de leur adhésion telle que précisée à l'article 8.3 ci-avant.

Il est rappelé que La Mutuelle Générale ne prend en charge que les dépenses couvertes au titre du contrat et engagées à compter de la date de prise d'effet des garanties.

ARTICLE 10 - CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

10.1 Cessation de l'adhésion

↳ L'adhésion au contrat prend fin pour chaque membre participant :

✓ à la date de résiliation du contrat

■ **Dès que le contrat est résilié, il ne peut en aucun cas être maintenu dans ses effets, à titre individuel.** Dans ce cas, tout membre participant qui en fait la demande pourra contracter aux conditions de souscription et aux tarifs en vigueur, l'un des contrats proposés à titre individuel par La Mutuelle Générale, selon les dispositions de l'article 11.2 ci-après,

✓ à la date à laquelle le membre participant ne figure plus sur l'état nominatif et/ou récapitulatif fourni par le souscripteur,

✓ à la date à laquelle la cotisation le concernant n'est plus réglée,

✓ à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie bénéficiaire pour laquelle le contrat a été souscrit,

✓ à la date de rupture de son contrat de travail, sauf application des dispositions prévues au chapitre VI.

✓ le jour de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse obligatoire, quelle qu'en soit le motif, sauf si le membre participant remplit les conditions énoncées au titre du cumul emploi/retraite.

✓ en cas de suspension du contrat de travail, sauf application des dispositions prévues au chapitre V.

↳ L'adhésion au contrat prend fin pour chaque ayant droit :

✓ à la même date que le membre participant,

✓ à la date à laquelle il ne répond plus à la définition « d'ayant droit » telle que précisée au glossaire,

✓ à la date à laquelle la cotisation le concernant n'est plus réglée.

↳ Certains membres participants et les ayants-droit en cas de décès, peuvent demander le maintien d'une couverture d'assurance au titre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dans les conditions fixées à l'article 10.1 des présentes conditions générales.

10.2 Cessation des garanties

Les garanties cessent, pour chaque membre participant et ses ayants droit, à la date de cessation de l'adhésion, telle que précisée à l'article 9.1 ci-avant.

ARTICLE 11 - MAINTIEN DE LA GARANTIE

11.1 Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, peuvent dans les cas visés ci-après demander le maintien auprès de La Mutuelle Générale d'une couverture d'assurance en vue d'obtenir le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

↳ Dans ce cas, tout membre participant qui en fait la demande pourra contracter aux conditions de souscription et aux tarifs en vigueur, l'un des contrats proposés à titre individuel par La Mutuelle Générale, selon les dispositions de l'article 11.2 ci-après, **sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la date de rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient du maintien des garanties au titre de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008.**

↳ Les personnes garanties du chef du membre participant, décédé, pendant une durée maximale de douze mois à compter de la date du décès, **sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant cette date.**

Le maintien d'une couverture d'assurance prévu dans le cadre des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 est assuré par un contrat collectif à adhésion facultative, souscrit auprès de La Mutuelle Générale par l'ASSOLAC (Association pour la Solidarité des Adhérents du Secteur de la Communication, régie par la loi du 1er juillet 1901) qui en définit les prestations et les modalités tarifaires.

11.2 Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation du contrat, La Mutuelle Générale peut accepter le maintien d'une couverture d'assurance en vue d'obtenir le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, sous réserve que le membre participant en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat.

Le maintien d'une couverture d'assurance prévu dans le cadre des dispositions de l'article 5 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 peut être assuré par un contrat collectif à adhésion individuelle et facultative, souscrit auprès de La Mutuelle Générale par l'ASSOLAC (Association pour la Solidarité des Adhérents du Secteur de la Communication, régie par la loi du 1er juillet 1901) qui en définit les prestations et les modalités tarifaires.

ARTICLE 12 - OBLIGATION DU SOUSCRIPTEUR

12.1 A l'égard des membres participants

Conformément à l'article L. 221.6 du Code de la mutualité, le souscripteur doit :

- ✓ remettre à chaque membre participant, la notice d'information établie par La Mutuelle Générale qui définit notamment les garanties prévues par le contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Cette notice précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.
- ✓ lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par La Mutuelle Générale.

Le souscripteur est également tenu de remettre les statuts de La Mutuelle Générale à chaque membre participant.

La preuve de la remise de la notice d'information et des statuts de La Mutuelle Générale aux membres participants, ainsi que des informations de ces dernières relatives aux modifications apportées au contrat, incombe au souscripteur.

12.2 A l'égard de La Mutuelle Générale:

Le souscripteur doit :

- ↪ Faire adhérer et maintenir au contrat l'ensemble des membres de son personnel au profit duquel le contrat a été souscrit. Cette disposition étant déterminante du consentement de La Mutuelle générale, le contrat est résilié de plein droit en cas de non-respect de cette obligation.
- ↪ Informer immédiatement La Mutuelle Générale en cas :
 - ✓ de dépôt d'une déclaration de cessation des paiements ;
 - ✓ de jugement d'ouverture d'une procédure collective à son encontre ; en cas de poursuite du contrat, le souscripteur s'oblige au paiement des cotisations qui viennent à échéance après le jugement d'ouverture de la procédure collective,
- ↪ Acquitter la cotisation.
- ↪ Restituer, le cas échéant, les attestations de tiers payant des membres participants et de leurs ayants droit radiés.
- ↪ Transmettre à La Mutuelle Générale les pièces suivantes :
 - ✓ à la souscription du contrat :
 - un état nominatif du personnel à assurer indiquant pour chaque intéressé ses nom, prénom, date de naissance, numéro d'assuré social et situation de famille,
 - un exemplaire du contrat régularisé ainsi que les bulletins d'adhésion dûment complétés et signés par les membres participants,
 - le cas échéant, la liste des personnes bénéficiant des garanties au titre de la portabilité,
 - ✓ à la fin de chaque mois :
 - un état nominatif des nouveaux membres participants indiquant la date de prise d'effet de leur contrat de travail,
 - un état nominatif des membres participants ne faisant plus partie du personnel du souscripteur indiquant les dates et le motif de départ,
 - un état nominatif des membres participants dont le contrat de travail est suspendu indiquant la date de suspension du contrat de travail, la date de reprise de l'activité et le motif de la suspension du contrat de travail,
 - les modifications éventuelles de la situation de famille des membres participants,
 - ✓ à chaque renouvellement annuel du contrat :
 - un état récapitulatif des membres participants, au plus tard un mois à compter de la date de renouvellement du contrat.

Le souscripteur garantit la sincérité des informations contenues dans les états qu'il remet à La Mutuelle Générale.

ARTICLE 13 - OBLIGATION DE LA MUTUELLE GENERALE

13.1 A l'égard du souscripteur

La Mutuelle Générale doit :

- remettre au souscripteur un exemplaire de la notice d'information,
- remettre au souscripteur un exemplaire des statuts de la Mutuelle Générale,
- communiquer, avant le terme de chaque année, la cotisation applicable au 1er janvier de l'exercice suivant,
- établir et remettre le compte de résultat du contrat au souscripteur.

13.2 A l'égard des membres participants

La Mutuelle Générale doit adresser une proposition de maintien d'une couverture d'assurance telle que prévue à l'article 11.1 des conditions générales :

- ↳ aux anciens membres participants, 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, **au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien de la garantie au titre de la portabilité,**
- ↳ aux personnes garanties du chef du membre participant décédé, **au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date du décès du membre participant.**

CHAPITRE III - COTISATION

ARTICLE 14 - ASSIETTE DE COTISATION

La présente garantie est accordée au membre participant en contrepartie du paiement de la cotisation dont le montant est calculé soit :

- ✓ en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale,
- ✓ en euros.

L'assiette de la cotisation est définie aux conditions particulières du contrat.

Il est précisé que lorsque la cotisation est exprimée par Adulte et par Enfant, les garanties sont accordées à compter du 3ème enfant, sans contrepartie de cotisation.

ARTICLE 15 - MODALITES DE PAIEMENT DE LA COTISATION

La cotisation annuelle est due par le souscripteur à La Mutuelle Générale et payable trimestriellement à terme échu, en France et en euros.

La cotisation est appelée auprès du souscripteur par le gestionnaire du contrat, mentionné aux conditions particulières.

Elle est exigible dans les 10 jours suivant le début de chaque trimestre civil avec ajustement en fin d'année.

ARTICLE 16 - IMPOTS ET TAXES

Tous impôts et taxes, présents et futurs, auxquels le présent contrat pourrait être assujéti et dont la récupération n'est pas interdite, sont à la charge du souscripteur et sont payables en même temps que les cotisations.

ARTICLE 17 - REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES

L'ensemble des contrats « esprit collectif » sont réunis en un groupe unique.

Ainsi, en cas de déséquilibre des résultats techniques du groupe, les cotisations et/ou la garantie peuvent être révisées à l'échéance annuelle, en proportion du déséquilibre constaté, par voie d'avenant au contrat.

Elles sont également révisables par avenant, en dehors des périodes de renouvellement, consécutivement à un changement législatif ou réglementaire.

Toute modification des cotisations et/ou de la garantie prévues par le contrat doit être constatée par un avenant signé des parties. Le souscripteur est, en outre, tenu d'informer les membres participants des modifications apportées, dans les conditions prévues à l'article 12.1 des présentes conditions générales.

Toutefois, si le souscripteur ne souhaite pas donner suite aux nouvelles conditions tarifaires et/ou de garanties, celui-ci aura la

possibilité de résilier le contrat dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de ces modifications.

ARTICLE 18 - INDEXATION

La cotisation, déterminée à la date d'effet du contrat, est indexée à la date de renouvellement, soit le 1er janvier de chaque année, en fonction de la consommation médicale totale (CMT) des comptes nationaux de la santé et, le cas échéant, des résultats techniques du contrat tel que précisé à l'article 17 – Révision des cotisations et/ou des garanties.

Par ailleurs, lorsque la cotisation est exprimée en fonction du plafond mensuel de la Sécurité sociale, celle-ci suit également l'évolution de ce plafond.

ARTICLE 19 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-8 du Code de la mutualité, à défaut de paiement des cotisations dans les dix jours de son échéance, la garantie est suspendue trente jours après l'envoi par La Mutuelle Générale au souscripteur, d'une lettre recommandée avec avis de réception constituant une mise en demeure.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au souscripteur, La Mutuelle Générale l'informe qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement des cotisations entraîne la résiliation du contrat dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-avant.

Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de La Mutuelle Générale, ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Les frais médicaux prescrits pendant la période de suspension de la garantie ne donnent lieu à aucune prise en charge par La Mutuelle Générale.

CHAPITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 20 - RECLAMATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, il est d'abord recommandé au membre participant de consulter le gestionnaire du contrat mentionné aux conditions particulières.

Si un différend persistait après la réponse du gestionnaire, le membre participant peut formuler toute réclamation au sujet du contrat ou de son exécution auprès de La Mutuelle Générale à l'adresse suivante :

par courrier à :

La Mutuelle Générale
6 rue Vandrezanne - CS 21363
75634 PARIS CEDEX 13

ou par mail à :

droitopposition@lamutuellegenerale.fr

Si après réponse de La Mutuelle Générale un différend persistait, il pourrait être demandé l'avis d'un médiateur. Ce dernier, personnalité extérieure à La Mutuelle Générale rendra son avis en toute indépendance.

Les modalités d'accès à ce médiateur sont communiquées sur simple demande auprès de La Mutuelle Générale à l'adresse mentionnée ci-avant.

ARTICLE 21 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les données concernant le membre participant ou, le cas échéant, ses ayants droit, pourront être utilisées par La Mutuelle Générale afin d'alimenter ses fichiers internes destinés à la gestion et au suivi de l'adhésion.

Ces données pourront être communiquées aux sous-traitants de La Mutuelle Générale.

Conformément à la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 modifiant la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le membre participant ou, le cas échéant, ses ayants droit, dispose :

- d'un droit d'opposition fondé sur des motifs légitimes ;
- d'un droit d'accès et de communication ;
- d'un droit de rectification avec possibilité de compléter, mettre à jour ou verrouiller;
- d'un droit de modification et de suppression des données le concernant.

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées au membre participant ou, le cas échéant, à ses ayants droit, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique.

Le membre participant ou, le cas échéant, ses ayants droit peuvent exercer leurs droits en écrivant au Secrétaire Général de La Mutuelle Générale à l'adresse suivante : 6, rue Vandrezanne – CS 21363 - 75634 PARIS Cedex 13.

ARTICLE 22 - AUTORITE DE CONTROLE

Conformément aux dispositions de l'article L. 510-1 du Code de la mutualité, le contrôle de l'Etat 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.

CHAPITRE V -SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

ARTICLE 23 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL DONNANT LIEU A UN MAINTIEN DE SALAIRE TOTAL OU PARTIEL, OU A VERSEMENT D'INDEMNITES JOURNALIERES COMPLEMENTAIRES

Lorsque la période de suspension du contrat de travail donne lieu à un maintien de salaire total ou partiel, ou à versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur (notamment suspension du contrat lié à une maladie, une maternité ou un accident dès lors qu'il y a indemnisation), les garanties prévues au contrat sont maintenues et les cotisations restent intégralement dues dans les mêmes conditions pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

ARTICLE 24 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NE DONNANT PAS LIEU A UN MAINTIEN DE SALAIRE TOTAL OU PARTIEL, OU A VERSEMENT D'INDEMNITES JOURNALIERES COMPLEMENTAIRES

Dans le cas où la période de suspension du contrat de travail ne donne pas lieu à un maintien de salaire total ou partiel, ou à versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, les garanties prévues au contrat sont susceptibles d'être maintenues aux membres participants ainsi qu'à ses ayants droit inscrits au contrat, **sous réserve que le souscripteur en fasse expressément la demande auprès de La Mutuelle Générale avant la fin de la période de maintien de salaire ou d'indemnisation.**

Il est précisé que la demande de maintien des garanties faite par le souscripteur s'applique et s'appliquera à l'ensemble des membres du personnel présents ou futurs, dont le contrat de travail est suspendu pour la même cause.

Sauf dispositions contraires prévues aux conditions particulières, durant cette période de maintien, les cotisations sont dues intégralement par le membre participant, pour lui-même et ses ayants droit sur les mêmes bases que celles des actifs.

Le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe. L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le salarié est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

ARTICLE 25 - ABSENCE DE MAINTIEN DES GARANTIES

En l'absence de maintien des garanties dans les conditions prévues aux articles 23 et 24 du présent contrat, la période de suspension des garanties intervient de plein droit à la date de la cessation de l'activité professionnelle du membre participant et s'achève à la reprise effective du travail de l'intéressé, sous réserve que La Mutuelle Générale en soit informée dans le délai d'un mois suivant cette reprise. A défaut, la période de suspension de la garantie prend fin à la date où La Mutuelle Générale est informée de la reprise effective du travail du membre participant.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due en ce qui concerne le membre participant dont la garantie a été suspendue.

Les soins survenus pendant la période de suspension de la garantie ne sont pas pris en charge par La Mutuelle Générale. Seuls les soins prescrits antérieurement à la date de début de la suspension sont remboursés pendant la période de suspension.

CHAPITRE VI - Maintien des garanties au titre de la portabilité

Conformément aux dispositions de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail modifié par l'avenant n° 3 du 18 mai 2009, de l'article 2 de l'ANI du 11 janvier 2013 pour un nouveau modèle économique et social au service de la compétitivité des entreprises et de la sécurisation de l'emploi et des parcours professionnels des salariés retranscrit dans l'article 1er de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi créant l'article L 911-8 du Code de la Sécurité, les garanties du contrat sont maintenues, sans contrepartie de cotisation, aux anciens membres participants relevant de la catégorie bénéficiaire pour laquelle le contrat a été souscrit, sous réserve des dispositions cumulatives suivantes :

- ✓ que les droits aux garanties du présent contrat aient été ouverts avant la date de rupture de leur contrat de travail,
- ✓ que la cessation de leur contrat de travail **ne soit pas la conséquence d'une faute lourde**,
- ✓ qu'ils ouvrent droit à une prise en charge par le régime de l'assurance chômage,
- ✓ que le souscripteur ait informé La Mutuelle Générale de la demande de maintien dans les 30 jours suivants la date de rupture du contrat de travail,

Les ayants droit répondant à la définition du glossaire, adhérant au contrat au jour de la rupture du contrat de travail du membre participant pourront bénéficier du maintien des garanties à titre gratuit. Les éventuels enfants déclarés pendant la durée du maintien pourront également en bénéficier.

ARTICLE 26 - CONDITIONS DU MAINTIEN

26.1 Prise d'effet et durée du maintien

Tant que le présent contrat est en vigueur, le maintien de la garantie frais de santé dont bénéficiait le membre participant en tant qu'actif, prend effet le lendemain du jour de la cessation effective de son contrat de travail.

Le maintien des garanties est accordé pendant une durée égale à la période d'indemnisation chômage, dans la limite de la durée de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de ses derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs au sein du même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder 12 mois**.

L'arrêt de travail du membre participant au cours du maintien n'a pas pour effet de prolonger la durée initialement prévue du dispositif de portabilité.

26.2 Garanties

Les garanties applicables sont celles en vigueur à la date de l'évènement ouvrant droit à prestation.

Pendant toute la durée du maintien le membre participant doit pouvoir justifier auprès de La Mutuelle Générale de sa prise en charge par le régime de l'assurance chômage.

Ainsi, pour toute demande de prestations auprès de La Mutuelle Générale, le membre participant devra également transmettre, outre les pièces justificatives prévues à l'annexe I, un justificatif de sa prise en charge par le régime de l'assurance chômage, ou le cas échéant, du versement d'indemnités journalières par le régime obligatoire d'assurance maladie, correspondant à la période durant laquelle il a reçu des soins.

26.3 Cotisation

Les garanties sont maintenues par un système de mutualisation. Par conséquent, aucune cotisation ne sera demandée au membre participant au titre de ce maintien.

26.4 Cessation du maintien

Le maintien cesse :

- à la date à laquelle le membre participant n'a plus de droits ouverts à l'allocation d'assurance chômage servie par le Pôle Emploi ;
- à la date de résiliation du contrat;
- au plus tard, au jour de l'atteinte de la durée définie ci-avant,
- et en tout état de cause le jour de son décès.

Ces cas de cessation sont applicables aux membres participants en arrêt de travail.

26.5 Obligations du souscripteur

En complément de l'article 12.2 « Obligations du souscripteur » des conditions générales du contrat, le souscripteur doit adresser, à la fin de chaque mois, à La Mutuelle Générale, un état nominatif des membres participants bénéficiant du maintien des garanties, en précisant la durée prévue du maintien.

Il doit également préciser sur l'état nominatif, les membres participants ne faisant plus partie de son personnel ainsi que ceux dont le maintien a pris fin, avec la date et le motif de cessation dudit maintien.

Lors de chaque renouvellement annuel du contrat, les bénéficiaires du maintien des garanties doivent être mentionnés sur l'état récapitulatif des membres participants.

26.6 Poursuite d'une couverture d'assurance au titre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989

L'ancien salarié éligible au maintien de garantie au titre de la portabilité peut demander à bénéficier auprès de La Mutuelle Générale d'une couverture d'assurance à titre individuel, dans les conditions prévues à l'article 11.1 « Maintien de la garantie » des conditions générales du contrat, sous réserve d'en formuler la demande dans les six mois qui suivent la date de cessation de son maintien de garantie au titre de la portabilité.

L'article 11.1 des conditions générales du contrat peut également s'appliquer pour les ayants droit du membre participant en cas de décès de ce dernier pendant le maintien de garantie au titre la portabilité.

Annexe I - LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

Il est rappelé que les seuls frais de santé pris en charge par La Mutuelle Générale sont ceux figurant aux conditions particulières.

| Prestations | Si le membre participant ou l'ayant droit bénéficie télétransmission | Si le membre participant ou l'ayant droit ne bénéficie pas de la télétransmission |
|---|--|--|
| SOINS DE VILLE | | |
| Honoraires médicaux des médecins généralistes et spécialistes - Consultations / Visites | Aucune pièce | Décompte original du régime obligatoire d'assurance maladie + Facture acquittée et détaillée |
| Honoraires des Auxiliaires médicaux | | |
| Examens de laboratoire et prélèvements | | |
| Radiologie, examens d'ostéodensitométrie | | |
| Examens d'ostéodensitométrie non remboursés par le Régime obligatoire d'assurance maladie | Facture acquittée et détaillée | Facture acquittée et détaillée |
| Transport | | Décompte original du régime obligatoire d'assurance maladie + facture acquittée et détaillée |
| MEDICAMENTS ET PROTHESES MEDICALES | | |
| Pharmacie | Aucune pièce | Décompte original du régime obligatoire d'assurance maladie |
| Prothèses acoustiques : - prises en charge par le Régime obligatoire d'assurance maladie | Facture acquittée et détaillée | Décompte original du régime obligatoire d'assurance maladie + facture acquittée et détaillée |
| Orthopédie | Facture acquittée et détaillée | Décompte original du régime obligatoire d'assurance maladie + facture acquittée et détaillée |
| Appareillage | Aucune pièce | Décompte original du régime obligatoire d'assurance maladie |

| HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE y compris MATERNITE | | |
|--|---|---|
| Frais de séjour | Facture acquittée et détaillée + formulaire AMC (attestation médicale complémentaire) délivré lors de la sortie | Décompte original du régime obligatoire d'assurance maladie + facture acquittée et détaillée + formulaire AMC (attestation médicale complémentaire) délivré lors de la sortie |
| Honoraires des praticiens | | |
| Chambre particulière | | |
| Forfait hospitalier | | |
| Lit d'accompagnant | | |
| DENTAIRE | | |
| Actes dentaires pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie | Aucune pièce | Décompte du régime obligatoire d'assurance maladie |
| Prothèses dentaires : | | Décompte original du régime obligatoire d'assurance maladie + facture acquittée et détaillée |
| - Prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie | Facture acquittée et détaillée | |
| - Non prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie | Facture acquittée et détaillée | Facture acquittée et détaillée |
| Orthodontie : | | Décompte original du régime obligatoire d'assurance maladie + facture acquittée et détaillée |
| - remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie | Facture acquittée et détaillée | |
| - non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie | Facture acquittée et détaillée | Facture acquittée et détaillée |
| Implantologie | Facture acquittée et détaillée | Facture acquittée et détaillée |
| Parodontologie | | |
| Appareils dentaires | | |
| OPTIQUE | | |
| Monture et verres | Facture acquittée et détaillée de l'opticien précisant la référence des verres | Décompte original du régime obligatoire d'assurance maladie + facture acquittée et détaillée de l'opticien précisant la nature des verres |
| Lentilles correctrices : | | Décompte original du régime obligatoire d'assurance maladie + facture acquittée et détaillée |
| - Remboursées par le régime obligatoire d'assurance maladie | Facture acquittée et détaillée | |
| - Non remboursées par le régime obligatoire d'assurance maladie | Facture acquittée et détaillée | Facture acquittée et détaillée |
| MATERNITE | | |
| Forfait maternité | Extrait d'acte de naissance | |

Annexe II – TIERS PAYANT

1. MEDICAMENTS

La Mutuelle Générale met à disposition des bénéficiaires du contrat un service de tiers payant, les dispensant d'effectuer l'avance des frais pharmaceutiques pris en charge par le Régime obligatoire d'assurance maladie.

Ainsi, le pharmacien peut délivrer au membre participant ou à l'un de ses ayants droit garanti, sur présentation de la prescription médicale, les médicaments pris en charge par le régime obligatoire sans avance de fonds.

Il est précisé que les médicaments non pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie sont exclus du système de tiers payant et doivent être réglés dans leur intégralité au pharmacien.

La Mutuelle Générale délivre chaque année l'ensemble des documents nécessaires à l'application de ce système. Ces documents devront être restitués à La Mutuelle Générale :

Pour tous les membres participants :

- ✓ A la date de résiliation du contrat,
- ✓ En cas d'utilisation abusive ou frauduleuse du « tiers payant »

Pour les membres participants et/ou leurs ayants droits :

- ✓ A la date à laquelle les membres participants et/ou leurs ayants droit ne remplissent plus les conditions requises pour bénéficier d'ouverture de droits auprès du régime obligatoire d'assurance maladie,
- ✓ A la date de cessation de l'adhésion au présent contrat, conformément aux dispositions de l'article 9 des présentes conditions générales,
- ✓ A la date à laquelle les membres participants quittent l'entreprise,
- ✓ A la date à laquelle les ayants droit ne répondent plus à la définition du Glossaire
- ✓ en cas d'utilisation ou de tentative d'utilisation frauduleuse du système (cas isolé)

Dans tous les cas, l'assureur se réserve le droit de réclamer, tant au souscripteur, qu'au membre participant ou son ayant droit tout indu et /ou document relatif au système de tiers payant.

2. AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE

Ce système de Tiers payant peut être étendu à d'autres professionnels de santé (radiologie, laboratoires d'analyses médicales, ...) dans les départements où des accords ont été conclus entre La Mutuelle Générale, le régime obligatoire d'assurance maladie et ces professionnels de santé.

3. PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, de plus de 24 heures consécutives, du membre participant ou de l'un de ses ayant droit, La Mutuelle Générale peut délivrer une prise en charge hospitalière. Dans ce cas La Mutuelle Générale règle directement à l'établissement hospitalier les frais restant à la charge du membre participant ou de l'un de ses ayants droits après intervention du régime obligatoire d'assurance maladie.

Sont exclus de la prise en charge hospitalière les dépassements d'honoraires au-delà des garanties souscrites figurant aux conditions particulières du contrat et les frais accessoires tels que les boissons, le téléphone ainsi que toute avance de prestations en nature à la charge du régime obligatoire d'assurance maladie.

3.1 Application

Sont prise en charge, dans la limite des garanties souscrites et précisées aux conditions particulières, toute hospitalisation chirurgicale en ambulatoire ainsi que toute hospitalisation comprenant au moins une facturation de 24 heures consécutives.

La prise en charge ne peut être délivrée qu'en cas d'hospitalisation dans un établissement hospitalier :

- ✓ conventionné par le régime obligatoire d'assurance maladie
- ✓ bénéficiant d'accord de tiers payant avec les organismes gestionnaires du régime obligatoire d'assurance maladie, tant pour les frais que pour les honoraires

La prise en charge :

- ✓ **exclut toute avance de prestations en nature à la charge du régime obligatoire d'assurance maladie.**
- ✓ **n'est pas délivrée en cas d'hospitalisation :**
 - en clinique agréée non conventionnée
 - en secteur privé dans les établissements publics,
 - en maison de repos

3.2 Formalités à accomplir

L'établissement hospitalier sollicite la prise en charge auprès du gestionnaire, sur présentation par le membre participant ou l'ayant droit garanti de son justificatif d'identification.

Si l'ensemble des conditions requises sont remplies, le gestionnaire transmet à l'établissement hospitalier, un « bon de prise en charge »

Annexe III - Les plus de La Mutuelle Générale

La Mutuelle Générale, grâce à ses partenaires peut permettre aux membres participants de réaliser leurs projets, assurer leurs biens ou préparer leurs vacances.

A chaque moment de leur vie, La Mutuelle Générale est là pour les accompagner.

Pour plus d'informations, connectez-vous au site suivant : www.lamutuellegenerale.fr.

1. L'ACTION SOCIALE DE LA MUTUELLE GENERALE

Le fonds d'action sociale, tel que précisé à l'article 76 des statuts de La Mutuelle Générale permet aux membres participants d'obtenir des prêts ou des aides, lorsque leur situation personnelle le nécessite. Les demandes sont examinées sur pièces justificatives par les commissions sociales locales.

2. LA GARANTIE ASSISTANCE "LMG ASSISTANCE A DOMICILE"

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-3 du Code de la Mutualité et à la décision de l'Assemblée générale du 11 septembre 2012, les membres participants sont obligatoirement affiliés au contrat souscrit par La Mutuelle Générale auprès de IMA ASSURANCES – INTER MUTUELLE ASSISTANCE ASSURANCES – SA au capital de 7 000 000 € - Entreprise régie par le Code des assurances soumise au contrôle de l'ACPR, 61 rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09 – RCS Niort 481 511 632 – Siège social : 118 Avenue de Paris 79000 NIORT.

En qualité de souscripteur du contrat, La Mutuelle Générale remet à chaque membre participant la notice d'information relative à celui-ci établie par IMA ASSURANCES.

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

Pour bénéficier de ces prestations, il est indispensable de contacter, préalablement à toute intervention :

IMA ASSURANCES

intervient **24h/24h** à la suite d'appels émanant des assurés au numéro vert suivant :

 : 0.800.004.098 (appel gratuit depuis un poste fixe)

3. LES PRETS ET CAUTION

MUTARIS CAUTION est seule responsable des services délivrés au titre de ce contrat.

La mutuelle générale permet l'accès à ses membres participant, sous certaines conditions, aux services prêts et caution de MUTARIS CAUTION – Mutuelle soumise aux dispositions du livre 2 du Code de la mutualité.

Pour bénéficier des services proposés,

- ✓ Prêt social au logement
- ✓ Caution, après étude du dossier, dans le cadre de la réalisation de projets immobiliers auprès d'organismes financiers habilités par La Mutuelle Générale, dont La Banque Postale,
- ✓ Assurance emprunteur à tarif préférentiel.

Il est indispensable de contacter, préalablement à toute demande :

MUTARIS CAUTION

au numéro vert suivant :

 **0.800.455.455 (appel gratuit depuis un poste fixe)**

MUTARIS CAUTION est seule responsable des services qu'elle délivre.