



CENTRE INTERDEPARTEMENTAL DE GESTION PETITE COURONNE

Notice d'information

Garanties de frais de santé

Contrat collectif d'assurance à adhésion facultative

FONCTIONNAIRES ET AGENTS DE DROIT PUBLIC ET PRIVE

Effet au 01/01/2017

Sommaire

Chapitre 1 • Dispositions générales	3
Article 1 • Objet de la présente notice	3
Article 2 • Risques couverts	3
Article 3 • L'adhésion individuelle à la mutuelle	3
3.1 Catégorie éligible	3
3.2 Bénéficiaires des garanties	3
3.3 Prise d'effet de l'adhésion	3
3.4 Durée de l'adhésion	4
Article 4 • Événements survenant en cours d'adhésion	4
4.1 Nouveaux bénéficiaires	4
4.2 Autres modifications	4
Article 5 • Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité	4
5.1 A l'initiative de l'adhérent	4
5.2 A l'initiative de la mutuelle	6
5.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion	6
Article 6 • Maintien de couverture	6
Chapitre 2 • Garanties frais de santé	7
Article 7 • Cadre général	7
7.1 Contrats solidaires et responsables	7
7.2 Date d'entrée en vigueur des garanties	7
7.3 Base de remboursement	7
7.4 Pluralité de garantie de frais de santé	7
7.5 Limites de remboursement	7
7.6 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés	7
7.7 Non prise en charge de certaines prestations	8
Article 8 • Versement des prestations	8
8.1 Règlement des prestations	8
8.2 Contrôle	9
Chapitre 3 • Cotisations	9
Article 9 • Détermination de la cotisation	9
9.1 Fixation de la cotisation	9
9.2 Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé	9
Article 10 • Paiement de la cotisation	10
10.1 Règlement de la cotisation	10
10.2 Incident de paiement	10
10.3 Non-paiement de la cotisation	10
Chapitre 4 • Dispositions diverses	11
Article 11 • Couverture des accidents	11
11.1 Recours subrogatoire	11
11.2 Déclaration d'accident	11
11.3 Cas particulier des accidents sportifs et scolaires	11
11.4 Tiers payant en cas d'accident	11
Article 12 • Prescription	11
Article 13 • Informatique et libertés	12
Article 14 • Échanges de données informatisées	12
Article 15 • Autorité de contrôle	12
Article 16 • Réclamations	12

Chapitre 1 • Dispositions générales

Article 1 • Objet de la présente notice

Cette notice constitue un document d'information destiné à éclairer l'adhérent sur les principales dispositions du contrat collectif de complémentaire santé souscrit par le Centre Interdépartemental de Gestion petite couronne auprès de HARMONIE MUTUELLE ci-après dénommée la mutuelle.

Article 2 • Risques couverts

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

Article 3 • L'adhésion individuelle à la mutuelle

3.1 Catégorie éligible

L'adhésion au contrat est réservée aux fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé des collectivités territoriales adhérentes à la convention de participation et ayant adhéré au contrat collectif cadre signé par le Centre Interdépartemental de Gestion petite couronne. L'adhésion au contrat est également ouverte aux agents retraités des collectivités et établissements publics adhérent(e)s, dénommé ci-après collectivité. L'adhésion donne la qualité de membre participant, dénommé ci-après adhérent de la mutuelle. L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion avec précision et exactitude les informations demandées qui permettent à la mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites et reconnaît avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de la mutuelle.

3.2 Bénéficiaires des garanties

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

- l'adhérent,
- les ayants droit suivants :
 - le conjoint non séparé, concubin déclaré, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
 - les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin, ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à charge au sens de la sécurité sociale ;
 - les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin, ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, étudiants et fiscalement à charge ;
 - les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, de moins de 26 ans, en situation de handicap et vivant au domicile de l'assuré.

La garantie des ayants droit de l'adhérent est la même que celle de l'adhérent.

3.3 Prise d'effet de l'adhésion

A l'adhésion de sa collectivité au contrat collectif cadre

Si l'agent adhère au contrat collectif, à la date d'effet de l'adhésion de sa collectivité au contrat, son adhésion prend effet à la date fixée sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt à la date d'effet de l'adhésion de sa collectivité.

En cours de contrat

Si l'agent adhère dans les 6 mois suivant l'adhésion de sa collectivité, son adhésion prend effet à la date fixée sur le bulletin d'adhésion.

Si l'agent adhère plus de 6 mois après l'adhésion de sa collectivité, son adhésion prend effet à la date fixée sur le bulletin d'adhésion. Cette prise d'effet immédiate est conditionnée à la présentation d'une attestation de son précédent organisme assureur stipulant qu'il bénéficiait pour lui et ses ayants droit éventuels d'une garantie frais de santé. Dans le cas contraire, **l'adhérent et ses ayants droit éventuels se verront appliquer une période de carence de 90 jours pour les postes de soins optique et dentaire.**

Agents à la retraite

L'agent mis en retraite peut adhérer au contrat, sans interruption suite à sa radiation en tant qu'agent en activité, s'il en fait la demande immédiatement lors de sa mise en retraite. A défaut d'une telle demande, le contrat collectif ne sera plus ouvert à leur adhésion.

L'agent mis en retraite avant l'adhésion de sa collectivité au contrat collectif dispose **d'un délai de 6 mois** pour formuler une demande d'adhésion à compter de l'adhésion de sa collectivité.

3.4 Durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée de un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article 5 Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité.

Article 4 • Événements survenant en cours d'adhésion

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer à la mutuelle, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance, tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoires français. Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

Toute modification d'un de ces critères en cours d'année pourra entraîner le cas échéant une modification du montant de la cotisation.

4.1 Nouveaux bénéficiaires

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

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

4.2 Autres modifications

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

Article 5 • Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité

5.1 A l'initiative de l'adhérent

Résiliation en fin d'année

L'adhérent peut mettre fin à la garantie en adressant à la mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année.

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

Radiation d'un de ses ayants droit

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

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

Résiliation à titre exceptionnel

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

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Résiliation du contrat collectif entre le Centre Interdépartemental de Gestion et la mutuelle ou résiliation par la collectivité de son adhésion	Jour de la prise d'effet de la résiliation du contrat collectif.
Passage dans une catégorie non visée par la présente notice	La résiliation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.
Rupture du lien existant entre l'adhérent et la collectivité (retraite, démission, cessation activité, mise en disponibilité pour convenance personnelle, mise à disposition, mutation, révocation, retraite)	Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Décès de l'adhérent	La résiliation prend effet au jour du décès.
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français par l'adhérent	La résiliation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.
Attribution de la CMU à l'adhérent	Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Remise d'une nouvelle notice d'information après modification du contrat collectif	Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

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

Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

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

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français de l'ayant droit	La radiation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.
Attribution de la CMU à l'ayant droit	Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de 3 mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

Décès de l'ayant droit	La radiation prend effet au jour du décès.
Divorce ou séparation	La radiation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

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

5.2 A l'initiative de la mutuelle

En cas de non-paiement

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

Nullité en cas de fausse déclaration intentionnelle

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

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

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

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

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

Article 6 • Maintien de couverture

Maintien loi Evin

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation de l'adhésion de la collectivité au contrat collectif, la mutuelle peut accepter le maintien d'une couverture d'assurance individuelle sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médicaux, sous réserve que l'adhérent salarié en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat.

Maintien des agents en mobilité

Les agents adhérents partant de leur collectivité pour un autre employeur public qui n'a pas mis en place une convention de participation peuvent être maintenus à titre individuel sous réserve que les agents concernés en fassent la demande expresse à la mutuelle au plus tard dans le mois suivant la cessation de leur fonction.

Maintien spécifique et individuel de garanties

Les garanties et les cotisations peuvent être maintenues à titre individuel sous réserve que les agents concernés en fassent la demande expresse à la mutuelle dans le mois suivant la cessation de leur fonction, en cas de :

- Détachement- indisponibilité ;
- Congé parental ;
- Congé sans solde ;
- Congé pour présence parentale ou pour accompagnement d'une personne en fin de vie ;
- Congé sabbatique visé à l'article L 122-32-17 et suivants du code du travail ;
- Congé pour création d'une entreprise visé à l'article L 122-32-12 et suivants du code travail.

Chapitre 2 • Garanties frais de santé

Article 7 • Cadre général

7.1 Contrats solidaires et responsables

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

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

7.2 Date d'entrée en vigueur des garanties

L'adhérent et ses ayants droit mentionnés au bulletin d'adhésion bénéficient des garanties de la mutuelle à compter de la date d'effet indiquée sur celui-ci.

Les prestations sont assurées pendant la période d'effet de la garantie sous réserve du paiement des cotisations par la collectivité.

A la souscription

Le choix du niveau de garantie par l'agent (garantie SOCLE/garantie PLUS) doit intervenir à la date de prise d'effet de l'adhésion à la mutuelle.

En cours de contrat

Le choix d'un autre niveau de garantie par l'adhérent (garantie SOCLE/garantie PLUS), postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion, prend effet au 1^{er} jour du mois suivant le délai de 2 mois d'envoi de la demande.

Le choix d'un niveau de garantie supérieur (garantie PLUS) voit l'application d'un **délai de carence de 90 jours** pour les postes optique et dentaire durant lequel l'adhérent continue de bénéficier du niveau de remboursement de la garantie précédente (GARANTIE SOCLE).

Le choix d'un niveau de garantie inférieur (garantie SOCLE) entraîne l'application de ses niveaux de remboursement à compter de sa prise d'effet.

7.3 Base de remboursement

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

En cas de modification des actes figurant à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM), ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, et sauf décision contraire du conseil d'administration de la mutuelle, agissant par délégation de son assemblée générale, les montants des remboursements de la mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif des garanties, avant la modification.

7.4 Pluralité de garantie de frais de santé

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

7.5 Limites de remboursement

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

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

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

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

7.7 Non prise en charge de certaines prestations

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

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

Article 8 • Versement des prestations

8.1 Règlement des prestations

Calcul des prestations

Les prestations sont calculées sur la base des tarifs de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire en vigueur à la date de référence telle que définie ci-dessous ou sur des valeurs forfaitaires, déduction faite, le cas échéant, du remboursement du Régime obligatoire, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger. Dans ce dernier cas, le remboursement se fait sur la base du tarif de responsabilité des régimes d'assurance maladie obligatoire français.

Lorsqu'au tableau descriptif des garanties figurant en annexe de la présente notice, les prestations sont exprimées en pourcentage, la mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées au tableau descriptif des garanties figurant à la présente notice.

Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations sont :

- les dates de facturation pour la pharmacie, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins, la contraception féminine ;
- les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et paramédicaux, le dentaire, les examens de pré traitements et de contention en orthodontie, la médecine douce telle que définie dans le tableau descriptif de la garantie choisie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, la chirurgie correctrice de l'œil, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire ;
- les dates de début et fin de séjour pour :
 - les cures thermales,
 - l'hospitalisation* ou la maternité**

* *Chambre particulière et frais d'accompagnement pris en charge uniquement en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).*

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

- la date de naissance ou d'adoption pour l'indemnité de frais d'accouchement sous réserve de respect des conditions d'inscription décrites à l'article Nouveaux bénéficiaires ;
- les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie ;

Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- des originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;

- des documents nécessaires à la mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent ou ses ayants droit (notes d'honoraires, factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif) ;
- si nécessaire, des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'Assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit.

Pour les garanties pour lesquelles il est nécessaire de connaître la position de la dent et le matériau utilisé, un devis ou une facture détaillée doit être fourni(e) à la mutuelle. En leur absence les prestations seront calculées sur la base du remboursement minimal prévu par le tableau descriptif des garanties.

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

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

Information et modes de paiement des prestations

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

Dans le cas où des accords ont été passés avec des professionnels de santé et/ou des établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais, les remboursements convenus sont alors adressés directement à ces professionnels de santé ou établissements.

8.2 Contrôle

Afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM) et aux conditions d'attribution de ses prestations, la mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande de remboursement ou bénéficie de prestations au titre du contrat collectif.

Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives aux professionnels de santé et éventuellement par expertise médicale.

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

Avant ou après le paiement des prestations, la mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées et de la prise en charge par le Régime obligatoire.

Chapitre 3 • Cotisations

Article 9 • Détermination de la cotisation

9.1 Fixation de la cotisation

Les cotisations sont déterminées par année civile. Les montants ou les taux sont précisés dans le contrat collectif qui prévoit en outre le cadre de leur évolution. Elles sont déterminées en fonction du niveau de garanties choisi par l'adhérent.

9.2 Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

En fonction de leurs revenus, les adhérents retraités, en mobilité et en maintien spécifique de garanties peuvent de droit bénéficier d'une réduction de cotisation appelée «Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé» dont les conditions d'attribution et les montants sont déterminés par les pouvoirs publics. Pour bénéficier de cette réduction, l'adhérent doit remettre à la mutuelle une attestation délivrée par la Caisse d'Assurance maladie dont il dépend.

Les modalités de cette réduction de cotisation sont définies aux articles L 863-1 et suivants du code de la Sécurité sociale.

Article 10 • Paiement de la cotisation

10.1 Règlement de la cotisation

Pour les agents en activité

La cotisation est payée par la collectivité au vu d'un appel de cotisations (précompte de la cotisation) et suivant les modalités définies au contrat collectif.

Pour les agents retraités, en mobilité ou en maintien spécifique et individuel de garanties

L'adhérent règle les cotisations par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou postal au vu d'un appel établi par la mutuelle.

Cas spécifique du paiement partagé entre la collectivité et l'adhérent

La collectivité règle une part des cotisations au vu d'un appel de cotisations et suivant les modalités définies au contrat collectif.

L'adhérent règle sa part de cotisations par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou postal au vu d'un appel établi par la mutuelle.

10.2 Incident de paiement

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

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

10.3 Non-paiement de la cotisation

En cas de précompte de la cotisation par la collectivité

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

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

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

Par exception aux dispositions susmentionnées, la mutuelle n'appliquera pas la procédure en cas de défaut de paiement si les retards sont imputables aux seules procédures administratives de paiement et de mandatement des cotisations.

En l'absence de précompte de la cotisation par la collectivité (agents retraités, en mobilité ou en maintien spécifique de garanties)

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

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

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

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

Chapitre 4 • Dispositions diverses

Article 11 • Couverture des accidents

La mutuelle prend à sa charge les frais occasionnés par les accidents dans les conditions prévues à la présente notice et selon les modalités prévues ci-après.

Elle se réserve le droit d'effectuer un recours subrogatoire en cas de tiers responsable.

11.1 Recours subrogatoire

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

Sont également concernés les accidents d'origine sportive ou scolaire.

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

11.2 Déclaration d'accident

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

A défaut d'information par l'adhérent, la mutuelle se réserve le droit de faire application de l'article 15 de la loi n°85.677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs, un droit de recours contre la victime de l'accident.

11.3 Cas particulier des accidents sportifs et scolaires

La mutuelle est signataire de conventions avec des organismes spécialisés dans les domaines des assurances scolaires ou sportives, elle participe aux remboursements des frais dans les limites fixées par voie conventionnelle, cette participation ne pouvant excéder 50 % des frais évalués sur le tarif de responsabilité.

11.4 Tiers payant en cas d'accident

Dans tous les cas, si les frais ne lui incombent pas ou ne lui incombent que partiellement, et si la mutuelle effectue le tiers payant des frais à titre d'avance, elle pourra intervenir en tiers payant subrogé de plein droit dans son action contre le responsable ou l'organisme à qui incombe la totalité ou une partie des frais.

Article 12 • Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion au contrat collectif se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 13 • Informatique et libertés

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'adhérent et ses ayants droit peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant sur tout fichier à l'usage de la mutuelle. Pour exercer ce droit et pour s'opposer sans frais à l'utilisation à des fins de prospection commerciale de ces informations, il suffit de s'adresser au siège social de la mutuelle.

Article 14 • Échanges de données informatisées

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

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

Article 15 • Autorité de contrôle

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), située au 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

Article 16 • Réclamations

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

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

En cas de désaccord sur la réponse donnée, le bénéficiaire peut saisir le service Qualité Relation Adhérents au CS81021 49010 Angers Cedex 01.

Enfin, si le désaccord persiste et si toutes les voies de recours internes ont été épuisées, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur de la mutuelle :

Par courrier :

HARMONIE MUTUELLE

Direction Juridique

A l'attention du Médiateur

23 Boulevard Jean Jaurès

45025 Orléans Cedex

Ou par email à l'adresse suivante :

Mediation@harmonie-mutuelle.fr