



**EXTRAIT DU REGISTRE DES DELIBERATIONS
DU CONSEIL MUNICIPAL**

SEANCE DU 22 SEPTEMBRE 2025

Conseillers en exercice : 45

Votants : 41

Convocation du Conseil municipal :
le 16/09/2025

Publication :
le 26/09/2025

Délibération n° D-2025-263

Protection sociale complémentaire des agents - Risque santé -
Choix du prestataire

Président :

Monsieur Dominique SIX

Présents :

Monsieur Jérôme BALOGE, Monsieur Dominique SIX, Madame Rose-Marie NIETO, Madame Christelle CHASSAGNE, Monsieur Nicolas VIDEAU, Madame Jeanine BARBOTIN, Monsieur Lucien-Jean LAHOUSSE, Madame Anne-Lydie LARRIBAU, Monsieur Elmano MARTINS, Madame Florence VILLES, Monsieur Philippe TERRASSIN, Madame Valérie VOLLAND, Monsieur Thibault HEBRARD, Madame Marie-Paule MILLASSEAU, Madame Lydia ZANATTA, Monsieur Eric PERSAIS, Madame Yvonne VACKER, Monsieur Guillaume JUIN, Madame Aline DI MEGLIO, Madame Sophie BOUTRIT, Monsieur Florent SIMMONET, Monsieur Hervé GERARD, Madame Aurore NADAL, Monsieur François GUYON, Madame Stéphanie ANTIGNY, Madame Yamina BOUDAHMANI, Monsieur Karl BRETEAU, Monsieur Romain DUPEYROU, Madame Noémie FERREIRA, Monsieur Nicolas ROBIN, Madame Mélina TACHE, Madame Fatima PEREIRA, Madame Ségolène BARDET, Monsieur François GIBERT, Madame Cathy GIRARDIN, Monsieur Sébastien MATHIEU, Madame Véronique ROUILLE-SURAUULT, Monsieur Hugo PASQUET--MAULINARD, Madame Julia FALSE.

Secrétaire de séance : Madame ZANATTA Lydia

Excusés ayant donné pouvoir :

Monsieur Michel PAILLEY, ayant donné pouvoir à Monsieur Thibault HEBRARD, Monsieur Gerard LEFEVRE, ayant donné pouvoir à Monsieur Dominique SIX, Madame Véronique BONNET-LECLERC, ayant donné pouvoir à Monsieur Sébastien MATHIEU, Madame Elsa FORTAGE, ayant donné pouvoir à Madame Julia FALSE

Excusés :

Monsieur Bastien MARCHIVE, Monsieur Baptiste DAVID.

Direction Ressources Humaines

**Protection sociale complémentaire des agents -
Risque santé - Choix du prestataire**

Madame Anne-Lydie LARRIBAU, Adjointe au Maire expose :

Mesdames et Messieurs,

Vu le Code général des collectivités territoriales ;

Vu le Code général de la fonction publique, notamment ses articles L. 827-4 à L. 827-12 ;

Vu le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents et ses quatre arrêtés d'application du 8 novembre 2011 ;

Vu le décret n°2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement ;

Vu les avis du comité social territorial des 18 mars et 9 septembre 2025 ;

Vu la délibération du Conseil municipal n°D-2025-68 du 31 mars 2025 ;

Par délibération du 31 mars 2025, le Conseil municipal a décidé d'engager une procédure de mise en concurrence en vue de conclure une convention de participation avec un opérateur pour le risque santé. Il a également donné mandat à la Communauté d'Agglomération du Niortais pour coordonner le groupement de commande. La Ville de Niort, le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), et la Communauté d'Agglomération du Niortais (CAN) ont ainsi collaboré pour conduire ensemble les démarches de lancement de la consultation.

Il est précisé que les partenaires sociaux ont été associés à toutes les étapes de cette consultation (de l'analyse des besoins, relecture du cahier des charges, consultation des rapports d'analyse des offres, avis).

A l'issue de cette procédure, 5 offres ont été réceptionnées. Les candidats sont :

- Mutuelle Nationale Territoriale ;
- Mutuelle de la fonction publique et des finances (MGEFI) représentée par WTW ;
- ALLIANZ Vie représentée par Collecteam ;
- Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales (MNFCT) représentée par ARGANCE ;
- Territoria Mutuelle.

Les candidats ont répondu sur la base de 4 niveaux de garanties (voir tableau en annexe).

Pour l'étude des offres, plusieurs critères ont été retenus :

- rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé ;
- degré effectif de solidarité entre les adhérents ;
- maîtrise financière du dispositif ;
- moyens pour assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques ;
- qualité de gestion du contrat et des services.

Après analyse des offres initiales, l'organisme d'assurance Mutuelle Nationale Territoriale (MNT) arrive en tête du classement des offres.

Le contrat collectif d'assurance serait conclu pour une période de 6 ans, du 1er janvier 2026 au 31 décembre 2032. Il pourra être prorogé pour des motifs d'intérêt général, pour une durée ne pouvant excéder un an. Il sera à adhésion facultative et concernera les agents stagiaires, titulaires, contractuels

de droit privé ou public, les retraités et leurs ayants droits.

Il est demandé au Conseil municipal de bien vouloir :

- opter pour la convention de participation au titre du risque santé ;
- retenir l'organisme d'assurance Mutuelle Nationale Territoriale (MNT) (siège social : 4 rue d'Athènes - 75009 PARIS) et conclure avec celui-ci une convention de participation au titre du risque santé aux conditions présentées dans l'offre, accompagnée du contrat collectif d'assurance ;
- approuver la convention de participation jointe en annexe avec MNT, accompagnée du contrat collectif d'assurance et autoriser sa signature ainsi que du contrat collectif d'assurance.

Messieurs Jérôme BALOGÉ et Michel PAILLEY, ayant donné pouvoir à Monsieur Thibault HEBRARD, n'ayant pas pris part à la délibération.

**LE CONSEIL
ADOpte**

Pour :	41
Contre :	0
Abstention :	0
Non participé :	2
Excusé :	2

Le Secrétaire de séance

Lydia ZANATTA

Le Président de séance

Dominique SIX

Commune de Niort
Contrat collectif d'assurance santé
Convention de participation

La **convention de participation** est conclue entre le **Souscripteur** et l'**Assureur** :

	Souscripteur	Assureur
Raison sociale :	Commune de Niort	MNT
Siège social :	MAIRIE 1 PLACE MARTIN BASTARD 79000 NIORT France	4 rue d'Athènes - 75009 Paris
SIRET :	217 901 917 00013	775 678 584 03070
Représenté par :	Son Maire	Frédéric SAUVAGE
En qualité de :	Maire	Directeur Général Adjoint
Qualité juridique :		
Raison sociale :		...
SIRET n° :		...
Siège social :		...

Si l'Assureur est représenté par son mandataire, il doit indiquer son représentant (nom, prénom, qualité) de celui-ci, ainsi que sa qualité juridique (courtier en assurance, mutuelle...), sa raison sociale, son SIRET et son siège social.

Contenu

1	Préambule	2
2	Obligations de l'Assureur	2
3	Obligations de l'Employeur	3
4	Pilotage de la convention	3
5	Résiliation	4
6	Annexes : documents contractuels	4

1 Préambule

1.1 Objet de la convention

La convention est un document de subventionnement destiné à régler les relations financières entre le Souscripteur, en qualité d'Employeur, et l'Assureur, au titre de la mise en place du dispositif de protection sociale complémentaire applicable aux risques santé prévu, notamment, par :

- Articles L827-1 à L827-12 du code général de la fonction publique,
- Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents,
- Décret n° 2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement.

La convention peut être modifiée par voie d'avenant signé par l'Assureur et le Souscripteur, et est accompagnée du contrat collectif d'assurance qui définit les engagements de l'Assureur à l'égard des Bénéficiaires.

1.2 Effet et durée de la convention

La convention prend effet au **01.01.2026**.

Elle est conclue pour une période de six ans, et peut être prorogée pour des motifs d'intérêt général, pour une durée ne pouvant excéder un an.

Elle peut être résiliée dans les conditions prévues dans la présente convention.

1.3 Bénéficiaires

Les Bénéficiaires sont :

- Le personnel dans l'effectif de l'Employeur, ayant adhéré à la présente convention et au contrat collectif d'assurance, et bénéficiant de la qualité de fonctionnaires et d'agents contractuels de droit public ou de droit privé,
- Les retraités anciens agents dans l'effectif de l'Employeur,
- Leurs ayants-droit.

1.4 Nature des garanties

Les garanties accordées par l'Assureur portent sur les risques santé. Les garanties, la base de l'assurance et les niveaux de prestations sont mentionnés dans le contrat collectif d'assurance.

2 Obligations de l'Assureur

2.1 Obligation générale d'exécution

L'Assureur délivre aux Bénéficiaires les garanties et les services selon les conditions tarifaires du contrat collectif d'assurance.

L'Assureur s'engage à offrir aux Bénéficiaires, pendant toute la durée de la convention, l'ensemble des options prévues au titre des garanties.

2.2 Obligation générale d'information

L'Assureur est tenu à la délivrance des informations suivantes aux Bénéficiaires :

- Un bulletin d'adhésion mentionnant très clairement le ou les Bénéficiaires, les garanties proposées, les options, le montant de la cotisation annuelle, les modalités de paiement et le mode de fractionnement, les conditions et la durée de rétractation de l'assuré. Sont également indiqués la date d'effet de l'adhésion, la durée de l'adhésion et les conditions de résiliation.
- La notice d'information du contrat collectif, ainsi que les conditions d'intervention des garanties d'assistance.

2.3 Respect des principes de solidarité

L'Assureur doit respecter les principes de solidarité suivants :

- Les dispositions prévues aux articles 27 à 31 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011,
- Les dispositions de l'arrêté COTB1118917A du 8 novembre 2011 relatif aux majorations de cotisations prévues par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011.

2.4 Informations à communiquer au cours de la convention

L'Assureur communique au Souscripteur au titre du suivi et chaque année les informations et les données précisées à l'annexe économique aux conditions particulières du contrat collectif d'assurance.

L'Assureur produit au Souscripteur au terme de la période de trois ans, et au terme de la convention, un rapport retraçant les opérations réalisées en conformité avec les éléments indiqués dans l'offre retenue et évaluées sur la base des critères des 2° et 4° de l'article 18 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011. Si ces critères ne sont pas satisfaits, le Souscripteur peut résilier la convention de participation.

3 Obligations de l'Employeur

L'Employeur s'engage à verser chaque année pendant la durée de la convention une participation dans les conditions prévues au titre III du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 et du décret n°2022-581. La participation constitue une aide à la personne, et son montant ne peut excéder le montant de la cotisation qui serait dû en l'absence d'aide.

4 Pilotage de la convention

4.1 Information délivrée par le Souscripteur

Le Souscripteur s'engage pendant la durée de la convention à :

- Faciliter l'information des agents afin de permettre leur adhésion, dans le cadre du plan de développement prévu par l'Assureur,
- Informer les agents de la signature de la présente convention, des caractéristiques du contrat collectif au titre duquel elle est conclue, et de ses modalités d'adhésion,
- Communiquer aux Bénéficiaires la notice d'information du contrat collectif d'assurance.

4.2 Comité de suivi

Chaque partie veille à la mise en œuvre de la convention de participation et à faciliter les adhésions et la gestion du contrat collectif d'assurance.

Un comité de suivi de la convention de participation et du contrat collectif est mis en place. Il est composé des représentants du Souscripteur et de l'Assureur.

Le comité de suivi se réunit au moins une fois par an, et au plus tard dans les six mois suivant la clôture de l'exercice, afin de prendre connaissance du rapport annuel de l'Assureur.

5 Résiliation

Par application de l'article 21 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, si le Souscripteur constate que l'Assureur ne respecte pas les dispositions de ce décret et de la présente convention, il résilie la convention de participation et le contrat collectif d'assurance selon la procédure suivante :

- Le Souscripteur adresse une lettre recommandée avec accusé de réception à l'Assureur, lui notifiant sa volonté de résilier et lui indique qu'il peut se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix,
- Puis le Souscripteur recueille les observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, orales de l'Assureur qui doivent être produites dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception,
- A la réception des observations, le Souscripteur adresse une lettre recommandée avec accusé de réception à l'Assureur, lui notifiant la résiliation de la convention de participation avec mention de la date d'effet de la résiliation.

6 Annexes : documents contractuels

A la présente convention sont annexés les documents contractuels ci-après :

- Les conditions particulières du contrat collectif d'assurance et ses deux annexes,
- Les conventions spéciales du contrat collectif d'assurance,
- Les conditions générales du contrat collectif d'assurance,
- La notice d'information de la garantie d'assistance.

Signature de la convention de participation	
Fait à : Paris	Le : 27/05/2025
Pour l'Assureur Prénom / Nom : Frédéric SAUVAGE Qualité : Directeur Général Adjoint Signature :	Pour le Souscripteur Prénom / Nom : Qualité : Signature :

Commune de Niort
Contrat collectif d'assurance santé
Conditions particulières

Le **contrat collectif à adhésion facultative** est conclu entre le **Souscripteur** et **l'Assureur** au titre de la convention de participation :

	Souscripteur	Assureur
Raison sociale :	Commune de Niort	MNT
Siège social :	MAIRIE 1 PLACE MARTIN BASTARD 79000 NIORT France	4 rue d'Athènes - 75009 Paris
SIRET :	217 901 917 00013	775 678 584 03070
Représenté par :	Son Maire	Frédéric SAUVAGE
En qualité de :	Maire	Directeur Général Adjoint
Qualité juridique :		
Raison sociale :		...
SIRET n° :		...
Siège social :		...

Si l'Assureur est représenté par son mandataire, il doit indiquer son représentant (nom, prénom, qualité) de celui-ci, ainsi que sa qualité juridique (courtier en assurance, mutuelle...), sa raison sociale, son SIRET et son siège social.

Contenu

1.	Dispositions générales.....	2
2.	Bénéficiaires des garanties.....	3
3.	Caractère collectif et facultatif du contrat	4
4.	Garanties d'assurance	5
5.	Cotisations	8
5.1.	Tableau des cotisations	8
5.2.	Evolution des cotisations.....	9
6.	Réserves	11
7.	Formation du contrat	12

1. Dispositions générales

Objet du contrat

Le contrat collectif d'assurance a pour objet le versement aux Assurés par l'Assureur de prestations d'assurance santé complémentaire en relais et en complément, ou à défaut, de leur protection sociale de base.

Le contrat est régi par la législation sur les opérations d'assurance et comprend, **par ordre de priorité** :

1. Les conditions particulières et ses annexes,
2. Les conventions spéciales,
3. Les conditions générales de l'Assureur.

Le contrat est régi par le droit français et notamment par les dispositions suivantes qui s'appliquent obligatoirement :

- **Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée dite « Loi Evin »** renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques,
- **Articles L 827-1 à L 827-12 du code général de la fonction publique,**
- **Décret n°2022-581 du 20 avril 2022** relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement.
- **Décret n°2011-1474** relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Parties prenantes au contrat

Assurés.

- Fonctionnaires et agents contractuels de droit public et de droit privé, y compris les agents détachés auprès de l'Employeur ou mis à la disposition de celui-ci, et les agents détachés ou mis à la disposition par l'Employeur auprès d'un autre employeur public,
- Fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé en retraite.

Assureur. Société d'assurance régie par le code des assurances, ou mutuelle ou union de mutuelles régie par le Livre II du code de la mutualité, ou institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale dûment agréé pour pratiquer les opérations d'assurance du risque santé. L'Assureur peut être représenté par un intermédiaire d'assurance enregistré à l'ORIAS.

Employeur. Collective territoriale ou établissement public local ayant qualité pour adhérer au présent contrat collectif d'assurance à adhésion facultative des Employeurs et des Assurés.

Souscripteur. Entité ayant qualité pour souscrire le présent contrat collectif d'assurance à adhésion facultative.

Effet et durée

Date d'effet. 01.01.2026.

Echéance. 1^{er} janvier.

Durée. Annuelle avec reconduction automatique chaque année à la date d'échéance, avec une durée limite de six (6) années, soit du **1^{er} janvier 2026** au **31 décembre 2031**, prorogeable une (1) année.

Résiliation du contrat. Toute demande de résiliation est effectuée par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L113-14 du code des assurances sans frais ni pénalités. Le contrat peut être résilié par :

- **Le Souscripteur :**
 - o **Soit à tout moment**, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet du contrat, par application de l'article L 113-15-2 du code des assurances. La résiliation prend effet selon la date indiquée dans le courrier adressé par le Souscripteur **ou, par défaut**, un mois après que l'Assureur en a reçu notification par le Souscripteur,
 - o **Soit moyennant un préavis de deux mois avant l'échéance.**
- **L'Assureur**, sous la réserve de respecter un préavis de 6 mois qui précède la date d'échéance.

Résiliation de l'adhésion. Toute demande de résiliation est effectuée par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L113-14 du code des assurances sans frais ni pénalités. L'adhésion peut être résiliée par :

- **L'Assuré :**
 - o **Soit à tout moment**, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion, par application de l'article L 113-15-2 du code des assurances. La résiliation prend effet un mois après que l'Assureur en a reçu notification par l'Assuré,
 - o **Soit moyennant un préavis de deux mois avant l'échéance.**

2. Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont :

- Les **bénéficiaires actifs** en qualité d'agents fonctionnaires et contractuels de droit public ou de droit privé dans l'effectif de l'employeur, même à temps non-complet, y compris :
 - o Les fonctionnaires momentanément privés d'emploi (FMPE),
 - o Les agents détachés,
 - o Les agents mis à disposition, selon les termes de la convention prévue à cet effet. A défaut de convention, ces agents bénéficient de la qualité de bénéficiaires,
- Conserve la qualité de **bénéficiaires actifs** les agents placés dans l'une des situations suivantes :
 - o Position, situation ou congé de toute nature donnant lieu au maintien total ou partiel d'une rémunération, d'un traitement, d'un salaire, d'un revenu de remplacement ou d'une prestation en espèces versée par l'Employeur, un organisme de Sécurité sociale ou un organisme d'assurance,
 - o Congé parental,
 - o Disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales,
 - o Congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale,
 - o Congé de formation professionnelle.
- Les **bénéficiaires retraités** en qualité de titulaire d'une pension de retraite de droit direct d'un régime de base, qui étaient auparavant agents fonctionnaires et contractuels de droit public ou de droit privé dans l'effectif de l'employeur,
- Les **bénéficiaires ayants-droit** des actifs ou des retraités, qui sont dans l'une des situations suivantes :
 - o Conjoint non séparé de corps dans les conditions prévues à l'article 296 du code civil d'un bénéficiaire actif ou retraité,
 - o Personne liée par un pacte civil de solidarité à un bénéficiaire actif ou retraité,
 - o Personne vivant en concubinage avec un bénéficiaire actif ou retraité dans les conditions prévues à l'article 515-8 du code civil,

- Enfant ou petit-enfant d'un bénéficiaire actif ou retraité, ou de leur conjoint ou d'une personne liée à eux par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage avec eux, ou enfant confié par décision de justice aux mêmes personnes, à leur charge au sens de l'article L. 196 du code général des impôts et ne bénéficiant pas d'un autre régime ou dispositif de protection sociale complémentaire au titre de leur activité professionnelle, et qui est :
 - Agé de moins de 21 ans,
 - Ou âgé de moins de 25 ans, s'il justifie de la poursuite de ses études, est en contrat d'apprentissage ou est demandeur d'emploi au sens de l'article L. 5411-1 du code du travail
 - Ou reconnu en situation de handicap par la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles.

Les bénéficiaires ayants-droit peuvent adhérer à tout moment au contrat collectif.

Le conjoint survivant et l'enfant orphelin du bénéficiaire actif ou retraité qui est décédé, titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin conserve, à sa demande, la qualité de bénéficiaire ayant-droit après le décès du bénéficiaire actif ou retraité. Sa demande d'adhésion est formulée dans le délai d'un an à compter du décès.

3. Caractère collectif et facultatif du contrat

Caractère collectif du contrat. Tous les agents fonctionnaires et contractuels de droit public ou de droit privé sont bénéficiaires du régime sans exception ni réserve, ni condition d'ancienneté.

Caractère facultatif du contrat. Les agents fonctionnaires et contractuels de droit public ou de droit privé peuvent adhérer au contrat. Il en est de même des agents retraités. L'adhésion des ayants-droit est conditionnée à l'adhésion de l'agent actif ou retraité.

Les bénéficiaires doivent être soumis à la législation française de Sécurité sociale ou assurés volontaires contre les risques maladie et maternité dans les conditions prévues aux articles L. 762-5 à L. 762-6-5 du code de la Sécurité sociale

Les adhésions ne sont soumises à aucune restriction, c'est-à-dire sans :

- Recueil par l'assureur d'informations médicales,
- Application de délai de stage ou délai de carence à la délivrance des garanties,
- Condition d'âge, à l'exception de celles prévues pour les ayants-droit en qualité d'enfants, ne peut être opposée à l'adhésion d'un bénéficiaire

4. Garanties d'assurance

Les garanties ont pour objet de financer les frais occasionnés par **une maladie, un accident ou une maternité**.

Elles doivent respecter les conditions fixées :

- au II de l'article L. 911-7 du code de la Sécurité sociale (panier de soins),
- à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (contrat responsable),
- au II de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale (contrat solidaire).

Les agents retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents actifs.

Afin de tenir compte des situations des agents, les garanties sont proposées selon plusieurs niveaux de prestations, en fonction du degré de protection recherché. Ces niveaux sont applicables par adhésion de l'agent actif ou retraité, pour lui et ses ayants-droit comme suit :

Pour un niveau identique à l'ensemble des Bénéficiaires rattachés à l'adhésion de l'agent.

Les garanties sont définies dans le tableau ci-après. Les remboursements de l'Assureur indiqués dans ce tableau ci-dessous sont indiqués :

☒ Y compris les remboursements des prestations versés par l'Assurance maladie.

Soins courants				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
<i>Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr</i>				
Honoraires :				
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	125%	150%	200%
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	105%	130%	180%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	100%	125%	200%
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	100%	105%	180%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux (y compris sages-femmes)	100%	100%	125%	150%
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100%	100%	100%	100%
Analyse et examens de laboratoires	100%	100%	125%	150%
Frais de transport	100%	100%	100%	100%
Médicaments :				
Médicaments (tous les niveaux de remboursements par l'Assurance maladie)	100%	100%	100%	100%
Vaccins antigrippaux	100%	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%	100%
Matériel médical (sauf dentaire, optique, auditif)				
Ensemble du matériel sur la liste des produits et prestations (LPP)	100%	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Participation assuré actes > 120 Euros (par acte)	Oui	Garanti	Garanti	Garanti
Pharmacie homéopathique (par an)	/	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an) (professionnels inscrits au registre RPPS ou liste ADELI)	/	100 €	150 €	200 €

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr				

Prestations remboursées par l'Assurance maladie :

Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%	100%
Soins thermaux	100%	100%+150€	100%+200€	100%+250€

Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :

Participation du patient actes > 120 Euros	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier et psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière (par jour en durée non limitée)	30 €	50 €	65 €	80 €
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour, limité à 60 jours, par séjour)	/	30 €	35 €	40 €
Amniocentèse	/	30 €	30 €	50 €

Optique

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, cette dernière étant limitée à 100€. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la garantie s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période annuelle (article R 871-2 du code de la Sécurité sociale).				

Prestations remboursées par l'Assurance maladie :

Prestations Remboursées par l'Assurance maladie :				
Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée				
Equipement complet		Remboursement intégral		
Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée				
Remboursement de l'équipement (limité à 100€ pour la monture) :				
a) Equipement à verres simples	100 €	150 €	250 €	300 €
b) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	150 €	225 €	375 €	450 €
c) Equipement à verres complexes	200 €	300 €	500 €	600 €
d) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	150 €	225 €	375 €	450 €
e) Equipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	200 €	300 €	500 €	600 €
f) Equipement à verres très complexes	200 €	300 €	500 €	600 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime	100 €	150 €	200 €	250 €
Matériel pour amblyopie, prestations d'adaptation, autres suppléments optiques		100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	100 €	150 €	150 €	200 €
Chirurgie de l'œil (par œil)	100 €	200 €	300 €	400 €

Dentaire

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Honoraires - Soins dentaires praticiens adhérent à un DPTAM	100%	100%	125%	150%
Honoraires - Soins dentaires non adhérent à un DPTAM		100%	105%	130%
Traitement d'orthodontie	125%	200%	300%	400%
Prothèses dentaires (y compris inlays-onlays et inlays core) :				
Panier de soins 100% santé sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)		Remboursement intégral		
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	125%	200%	300%	400%
Panier de soins aux tarifs libres	125%	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Prothèses dentaires (par prothèse)	/	200 €	300 €	400 €
Traitement d'orthodontie (par semestre)	/	200 €	300 €	400 €
Parodontologie (par an)	/	100 €	250 €	350 €
Implants (forfait par implant limité à 3 implants / an)	/	100 €	300 €	500 €

Aides auditives

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.				
Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée				
Equipement complet		Remboursement intégral		
Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée				
Remboursement par aide auditive assuré de moins de 20 ans	1 500 €	1 500 €	1 500 €	1 500 €
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	400 €	1 000 €	1 250 €	1 500 €

Autres prestations

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Actes de prévention (7 actes selon l'arrêté du 8 juin 2006) :				
Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%	100%
Détartrage annuel complet	100%	100%	100%	100%
Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	100%	100%	100%	100%
Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%	100%
Vaccins (sur liste de l'arrêté du 8 juin 2006)	100%	100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Allocation enfant (naissance ou adoption, par enfant inscrit à l'adhésion)	/	250 €	250 €	250 €
Assistance	/	Oui	Oui	Oui

5. Cotisations

5.1. Tableau des cotisations

Les cotisations sont exprimées en **montants en €** à la date d'effet du contrat.

Solidarité tarifaire intergénérationnelle	Le rapport entre la cotisation due par l'assuré âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation due par l'assuré âgé de plus de trente ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques, et pour une option de garanties comparable.
Solidarité tarifaire familiale	Les cotisations des familles les plus nombreuses ne peuvent excéder celles prévues pour les familles comprenant trois enfants.

L'Assureur complète le tableau ci-après des montants de cotisations selon le tableau ci-après, applicables à la date d'effet du contrat :

Grille des montants de cotisation TTC par personne								
Age de l'agent	Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3		Niveau 4	
	Montant TTC mini	Montant TTC proposé	Montant TTC mini	Montant TTC proposé	Montant TTC mini	Montant TTC proposé	Montant TTC mini	Montant TTC proposé
ACTIFS								
UNO (1 personne) Actif moins de 30 ans	31€	31€	39€	39€	55€	55€	80€	80€
UNO (1 personne) Actif plus de 31 ans	62€	62€	73€	73€	90€	90€	114€	114€
DUO (2 personnes) Actif moins de 30 ans	58€	58€	73€	73€	108€	108€	155€	155€
DUO (2 personnes) Actif plus de 31 ans	88€	88€	105€	105€	131€	131€	178€	178€
FAMILLE (3 personnes et +) Actif moins de 30 ans	85€	85€	113€	113€	159€	159€	229€	229€
FAMILLE (3 personnes et +) Actif plus de 31 ans	160€	160€	192€	192€	237€	237€	310€	310€
RETRAITES								
Par adulte	99€	99€	125€	125€	159€	159€	191€	191€
Par enfant		23,87€	/	33,11€	/	41,03€	/	49,15€
	DUO : un adulte + un enfant ou couple deux adultes. FAMILLE : couple avec enfant(s) ou agent seul avec plus de deux enfants inclus							
	L'Assureur ne peut proposer des montants de cotisations inférieurs à ceux qui sont indiqués dans les colonnes « Montants TTC mini » au regard de la connaissance rétrospective du risque et des charges futures de consommation de soins et de biens médicaux.							

5.2. Evolution des cotisations

Motifs d'évolution :

L'évolution exceptionnelle des cotisations est autorisée selon l'article 20 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011. Ainsi, le dépassement des limites tarifaires, prévues au titre de l'évolution annuelle des cotisations, n'est possible que dans les cas ci-après, et si le changement revêt un caractère **significatif** :

- Aggravation de la sinistralité,
- Variation du nombre d'agents adhérents,
- Evolutions démographiques,
- Modifications de la réglementation.

Cas de l'aggravation de la sinistralité :

L'aggravation de la sinistralité doit être constatée par l'Assureur sur la base :

- D'au moins deux années consécutives,
- Du compte de résultat technique, calculé par différence entre :
 - Les cotisations, par ailleurs minorées de la contribution prévue au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale et de la dotation à la provision pour cotisations non acquises, puis majorées de la reprise sur cette même provision,
 - Et :
 - Les prestations, par ailleurs majorées des dotations aux provisions techniques correspondantes, et minorées des reprises sur ces mêmes provisions,
 - Les frais de gestion.

Dans ce cas, les cotisations peuvent être majorées dans le respect des taux d'augmentation maximum à compléter dans le tableau ci-après, la borne maximum ne pouvant être dépassée. **L'Assureur complète le tableau ci-après et ne peut indiquer de taux supérieur correspondant à la tranche de P/C > 130% :**

Périodes	Ratio P/C net de frais (Prestations sur cotisations HT)	Taux de majoration
Année 1	/	0%
Année 2	/	3%
Année 3	/	3%
Années 4 et suivantes	P/C < 100%	0%
	P/C < 110%	5%
	P/C < 120%	8%
	P/C < 130%	10%
	P/C > 130%	10%
Le P/C s'apprécie sur la base du compte de résultat cumulé depuis la date d'effet du contrat		

Cas des modifications de la réglementation :

Par application de l'article L 112-3 du code des assurances, la modification des garanties proposée par l'Assureur visant à les mettre en conformité avec les règles fixées par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est réputée acceptée à défaut d'opposition du Souscripteur. L'Assureur informe par écrit le Souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix. Le Souscripteur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et

conventionnelles d'information des Assurés par le Souscripteur.

Cadre à respecter :

Lorsque l'Assureur souhaite modifier les cotisations à la date d'échéance de l'année suivante en cas d'aggravation de la sinistralité, de la variation du nombre d'agents adhérents ou encore des évolutions démographiques, il adresse sa demande au Souscripteur **180 jours au plus tard à compter de la date d'échéance**. Cette demande doit être accompagnée d'une étude documentée justifiant qu'au moins un des cas de majoration précités nécessite de modifier les taux de cotisations pour préserver l'équilibre du contrat d'assurance. L'Assureur indique dès lors pour chacune des garanties les nouveaux taux de cotisation qu'il entend appliquer. Le Souscripteur étudie la proposition :

- En cas d'acceptation des modifications tarifaires proposées par l'Assureur, les nouveaux taux de cotisation font l'objet d'un avenant aux conditions particulières,
- En cas de refus des modifications tarifaires proposées par l'Assureur, le Souscripteur peut résilier le présent contrat moyennant un préavis de deux (2) mois avant l'échéance.

6. Réserves

Les réserves de l'Assureur aux conditions particulières et aux conventions spéciales doivent faire l'objet d'une énumération précise et exhaustive, doivent être obligatoirement numérotées et faire référence aux articles des conventions spéciales concernées, **et être limitées à 3 :**

Numéro de la réserve	Articles des conventions spéciales	Réserves
1		
2		
3		

7. Formation du contrat

Formation et signature du contrat collectif d'assurance

La signature des présentes conditions particulières vaut acceptation de l'ensemble des documents qui composent le contrat collectif d'assurance que sont, dans l'ordre d'application préférentielle :

- Les présentes conditions particulières et les deux annexes,
- Les conventions spéciales,
- Les conditions générales de l'Assureur.

Seuls ces documents forment le contrat collectif d'assurance qui engage les parties.

L'Assureur rédige la notice d'information du contrat d'assurance en respectant scrupuleusement les dispositions des présentes conditions particulières et des conventions spéciales, qu'il adresse au Souscripteur pour validation préalable avant sa diffusion auprès des Assurés.



L'assureur s'engage à appliquer les dispositions contractuelles issues des documents précités, et à ne pas les réécrire ou les modifier tant sur la forme que sur le fond, et attribue un numéro de contrat dès l'acceptation par le Souscripteur.

Fait à : Paris

Le : 27/05/2025

Pour l'Assureur

Prénom / Nom : Frédéric SAUVAGE

Qualité : Directeur Général Adjoint

Signature :

Pour le Souscripteur

Prénom / Nom :

Qualité :

Signature :

N° de contrat :

Commune de Niort
CCAS de Niort
Communauté d'agglomération du Niortais

Contrat collectif d'assurance santé

Annexe 1 aux conditions particulières

Contenu

1.	Présentation	2
2.	Degré effectif de solidarité.....	2
3.	Maîtrise financière	3
3.1.	Politique de développement	3
3.2.	Equilibre économique	12
3.3.	Suivi régulier	13
3.4.	Bilan annuel	13
4.	Moyens pour assurer une couverture des plus âgés et des plus exposés aux risques	17
5.	Qualité de gestion du contrat et services	22
5.1.	Services pour l'Employeur	23
5.2.	Services pour les agents	29

Remarque :

Le présent document est une annexe indissociable aux conditions particulières du contrat collectif d'assurance. L'Assureur doit répondre en respectant le cadre proposé. Le nombre de pages est limité à 40 pour garantir lisibilité et compréhension des réponses pour le Souscripteur.

1. Présentation

La présente annexe et le fichier prévisionnel complètent les conditions particulières et en sont indissociables.

2. Degré effectif de solidarité

L'Assureur calcule les **transferts de solidarité** par application de l'arrêté du 8 novembre 2011 précité. Sur la base des deux hypothèses (l'ensemble de la population éligible adhère au dispositif en hypothèse 1, et seuls les agents envisagés selon les prévisions d'adhésion adhèrent au dispositif en hypothèse 2), l'Assureur calcule, pour chacun des cinq premiers exercices, les prévisions de transferts de solidarité intergénérationnelle égaux à la somme :

- Du montant de **transferts intergénérationnels** égal à la somme des écarts constatés, pour chacun des adhérents ou souscripteurs retraités de l'employeur territorial concerné bénéficiaires des dispositifs mentionnés à l'article 1er du décret du 8 novembre 2011 susvisé, entre les prestations versées et les cotisations correspondantes,
- Du montant de **transferts familiaux** égal à la somme des écarts constatés, pour chacun des ayants droit des adhérents ou souscripteurs, bénéficiaires des dispositifs mentionnés à l'article 1er du décret du 8 novembre 2011 susvisé, entre les prestations versées et les cotisations correspondantes.

Le prévisionnel de transferts de solidarité est inscrit dans le fichier prévisionnel en pièce jointe.

L'Assureur apporte les justifications de ce calcul :

Le décret n° 2011-1474 prévoit que les collectivités fournissent les éléments permettant de calculer le transfert intergénérationnel.

Afin de calculer les transferts, la MNT se base sur son expérience et à l'aide d'une loi de consommation par âge établie pour les adhérents MNT. En partant des montants des cotisations et prestations indiqués sur les simulations des comptes de résultats sur la durée de la Convention (6 ans) sur la base des pourcentages d'adhésions retenus et des effectifs des retraités.

Sur la base de la projection 1 : 100% des actifs et 100% de leurs ayants-droits adhèrent, ainsi que 100% des retraités avec une répartition identique à celle des actifs : 20% sur N1 / 35% sur N2 / 30% sur N3 / 15% sur N4.

Sur la base de la projection 2 : 1ère année : 60% des actifs et leurs ayants-droits adhèrent ainsi que 10% des retraités et leurs ayant droit - Même répartition par régime que pour la projection 1.

2ème année : 70% des actifs et leurs ayants-droits adhèrent ainsi que 10% des retraités et leurs ayant droit - Même répartition par régime que pour la projection 1

3. Maîtrise financière

3.1. Politique de développement

Calendrier. L'Assureur complète ci-dessous le projet de calendrier pour la mise en place des garanties pour une date d'effet prévue aux conditions particulières :

CALENDRIER DETAILLE						
Mois avant la date d'effet du contrat	M-6	M-5	M-4	M-3	M-2	M-1
Documentation						
▪ Remise notice d'information	X					
▪ Remise DIPA ¹	X					
▪ Remise plaquette	X					
▪ Remise kit d'adhésion	X					
Réunions						
▪ Réunions de présentation agents		X	X	X	X	X
▪ Permanences pour les agents		X	X	X	X	X
Pilotage						
▪ Réunion de lancement DRH	X					
▪ Points de suivi avec DRH		X	X	X	X	X

3.1.1 Un plan de communication offensif

Une offre sur mesure	Une équipe en mode projet s'inscrivant dans la durée	L'accompagnement dans la mise en place et le pilotage des contrats	L'audit de la situation existante et la proposition de solutions de pilotage sur la durée
-----------------------------	---	---	--

L'objectif de la MNT est d'atteindre 60% d'adhésion dès la première année, puis 70% les années suivantes

Cet objectif de taux d'adhésion est à la fois ambitieux et réaliste. Il pourra être atteint grâce au déploiement offensif que nous allons mener, pour être au plus près de vos agents, et à une maîtrise de votre convention de participation santé :

- Appui des équipes commerciales ainsi que de notre agence ○ Mise à disposition significative de personnel : ○ 8 personnes mobilisables pour déployer les offres sur le territoire et accompagner les agents ○ Agence de Niort	Connaissance des agents de la Communauté d'Agglomération du Niortais. L'expérience acquise après la mise en place de plusieurs dizaines de conventions de participation depuis 2012. Nous pourrions mettre au service de la Communauté d'Agglomération du Niortais notre expertise afin d'assurer un déploiement efficace. Pour cela, nous proposons un vaste programme de communication incluant des réunions, des permanences, et des rendez-vous individualisés pour les agents.
--	---

¹ Document d'Information sur les Produits d'Assurance.

La MNT propose à la Communauté d'Agglomération du Niortais, une **communication forte et multicanale** dès la notification :

Canal physique : avant la mise en place du contrat, avant le 01/01/2026 :

- **3 réunions d'information** auprès des services RH des différents membres du groupement et autant que nécessaire, ainsi que des points de suivi réguliers à périodicité pour suivre notamment l'avancée du taux de mutualisation.
- **45 réunions d'information et 45 permanences** auprès des agents sur les sites identifiés par la Communauté d'Agglomération du Niortais

Notre **agence de Niort** : dans laquelle les agents peuvent se rendre pour adhérer à la convention et obtenir des renseignements. Nos conseillers en agence seront formés aux spécificités de l'offre élaborée à l'attention des agents dans le cadre d'un accompagnement spécifique.

Canal physique : durant la mise en place du contrat, après le 01/01/2026 :

- **Autant de permanences que nécessaire** réparties sur l'ensemble des sites de la Communauté d'Agglomération du Niortais seront organisées.
- Des **rendez-vous individuels et personnalisés** en face à face avec les agents qui en feront la demande. Les rendez-vous pourront avoir lieu sur site ou en agence.

Notre agence de Niort dans laquelle les agents pourront continuer de se rendre afin de s'informer et adhérer à la convention.

Canal papier : Des kits d'adhésion seront mis à la disposition des agents sur les différents sites de la Communauté d'Agglomération du Niortais. Ils seront également disponibles en agence.

Canal téléphonique /mail :

Numéro de téléphone dédié sera mis en place (prix d'un appel local, compris dans les forfaits) mis en place pour accompagner les agents.

Relance téléphonique : à la suite des réunions d'information et webinars, les agents ayant laissé leurs coordonnées pourront être recontactés par la MNT.

Une adresse mail dédiée sera créée, facilitant la prise de contact pour les agents et la centralisation des demandes

Canal Digital :

Webinars : en complément des réunions d'information, la MNT propose l'organisation de **10 webinars, réunions collectives** et interactives sur internet. La MNT mettra en place ce dispositif pour que l'ensemble des agents puissent bénéficier d'informations complètes et détaillées sur la convention.

La MNT encouragera l'adhésion en ligne via le **bulletin d'adhésion électronique**

La communication autour de la convention pourra également être diffusée, avec l'accord des services RH, via **les sites internet** de la Communauté d'Agglomération du Niortais.

Ces dispositifs alternatifs permettent une politique de développement efficiente pour renseigner et relayer l'information auprès de tous les agents et des services RH. En effet, notre plan de communication est construit pour que tous les agents de la Communauté d'Agglomération du Niortais aient accès à l'information, et puissent adhérer ainsi dans les meilleures conditions.

Notre connaissance du territoire et des spécificités

Une attention particulière sera portée aux modalités d'adhésion par un accompagnement technique et personnalisé du service RH en charge de la gestion du contrat. (Présentation et aide à la prise en main de l'outil, didacticiel et FAQ, ligne téléphonique dédiée, etc...). Cet accompagnement sera mis en œuvre au sein de chaque collectivité à l'entrée dans le contrat collectif et tout au long de la convention.

Le déploiement commercial sera effectué en **présentiel et/ou distanciel** afin d'assurer une proximité dans l'accompagnement des employeurs publics et des agents à affilier. Après avoir informé les agents en concertation avec les collectivités sur l'offre retenue, un comité de pilotage est mis en place avec le suivi d'un calendrier de déploiement dédié à chaque collectivité du groupement.

Nous nous adapterons aux spécificités et besoins de chaque collectivité pour nos interventions (réunions et/ou permanences) en concertation avec les services RH.

En complément des réunions, des entretiens individuels et personnalisés via des permanences dont l'organisation sera assurée par la MNT en lien avec les collectivités, seront proposés aux agents en présentiel et/ou distanciel. La prise de RDV en permanence sera effectuée par un lien qui sera mis à disposition par la MNT auprès des services en charge du déploiement. Les agents ne pouvant se rendre sur le lieu de permanence pourront prendre un RDV en distanciel sur le site internet de la MNT et s'entretenir avec un conseiller.

Une adresse électronique dédiée permettra de prioriser le traitement des demandes des collectivités et de ses agents sous le format suivant : caniortais@mnt.fr

L'adhésion se fera sous un format digital à travers un lien et/ou un QR Code figurant sur les plaquettes commerciales fournies par la MNT, une attention et un accompagnement spécifique sont prévus pour les agents éloignés des outils numériques et les procédures d'adhésions seront adaptées à leurs besoins.

Les agents qui souhaitent adhérer seront accompagnés pendant toute la durée de la convention par la MNT. Leur demande de résiliation à effectuer auprès de leur organisme actuel sera pris en charge par la MNT.

Par ailleurs, un accompagnement dans le cadre de l'intégration de nouveaux embauchés sera proposé aux collectivités pendant toute la durée du contrat afin d'assurer une meilleure compréhension des garanties.

COLLECTIVITÉS	 BORDEAUX MÉTROPOLE		 CENTRE DE GESTION 79 FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE	Objectif :  niort agglo Agglomération du Niortais
Nombre d'agents	6 570 agents couverts en Santé obligatoire	1266 agents couverts en Santé	4779 agents couverts en Prévoyance	45 réunions en présentiel et 5 en distanciel 45 permanences en présentiel et 5 en distanciel
Taux d'adhésion	97%	Taux d'atteinte actuel : 52%	Taux d'atteinte actuel : 74%	60% dès la 1 ^{ère} année

3.1.2 Mise en place de la convention auprès des services RH

Ci-dessous les canaux de communication pour les services RH de la Communauté d'Agglomération du Niortais :

	CANAL TEL et EMAIL • Interlocuteur dédié Alexandre LEGARE-GAUDREAU alexandre.legare-gaudreau@mnt.fr 06 37 74 52 93 • Délégation dédiée 0980 980 210 + 79		CANAL WEB • Espace Extranet employeurs		CANAL PHYSIQUE-RH • Une première réunion de mise en place dans les 10 jours suivant la notification de la convention • Deux comités de pilotage chaque année
---	---	---	---	---	--

QUESTIONS GÉNÉRALES SUR LA GESTION

0980 980 210 + 79

Ce numéro dédié aux décideurs de collectivités et mis en place dans le cadre des conventions de participation, est accessible du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 (prix appel local).

Canal physique offert aux services RH

La première réunion d'information à destination des services RH

Notre expérience nous permet de maîtriser parfaitement toutes les étapes de la phase de lancement. Ainsi **dès la notification du marché estimée au mois de juillet 2025**, nous vous proposons **une ou plusieurs réunions de cadrage** pour définir les actions à mener ensemble pour la mise en place de votre contrat santé.

Nous vous présenterons à cette occasion une première version des documents de communication à destination des RH et des agents.

Votre interlocuteur : Alexandre LEGARE-GAUDREAU

- Détaillera notre démarche de lancement du contrat
- Répondra à toutes vos questions
- Aidera à remplir certains documents ou vous assistera sur les questions posées concernant le fonctionnement de la convention de participation.

Durant toute la durée de la convention, votre interlocuteur dédié sera à vos côtés pour répondre à vos demandes.

Nous mettrons à votre disposition :

- Un guide RH
- Une présentation de l'espace collectivité (manuel de l'extranet). Cet espace vous permettra d'accomplir la gestion quotidienne de votre convention. Des demandes d'accréditation vous seront proposées à cette occasion.
- Le site Collectivité.mnt.fr

Dans le cadre de notre accompagnement des services RH aux nouvelles garanties et aux nouveaux outils proposés par notre mutuelle, nous vous proposons des formations permettant d'appréhender sereinement les changements.

3.1.3 Mise en place de la convention auprès des agents

Notre plan de communication est construit pour que tous les agents de la Communauté d'Agglomération du Niortais aient accès à l'information, et puissent adhérer ainsi dans les meilleures conditions.

Promouvoir	Répondre	Faire adhérer	Informers
Le dispositif de protection sociale, en étroite collaboration avec les RH et la MNT	Aux interrogations de l'ensemble des agents, qu'ils soient ou non couverts actuellement	Massivement au dispositif afin que le risque soit réparti sur l'ensemble des agents et ainsi mutualiser, gage d'équilibre du contrat	Les agents sur les aspects pratiques et les démarches à accomplir

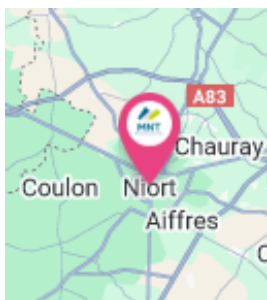
La MNT prendra **totalemt en charge la mise en place du régime et la communication**, notamment les frais de conception, d'édition et d'acheminement des documents de communication et des documents d'adhésion.

	CANAL TEL et EMAIL AGENT • Centre de contact • Equipe spécialisée et dédié • 0972 720 202 + 79 • casniortais@mnt.fr		CANAL WEB AGENT • Site d'information • Prise de rendez-vous en ligne • Espace adhésion en ligne
	CANAL PAPIER AGENT • Courrier d'accompagnement joint à la fiche de paie ou courrier simple • Affichage panneaux réglementaires • Dossier d'adhésion : - Un bulletin Individuel d'adhésion - Une notice d'information et un Résumé des Garanties - Un modèle de lettre de résiliation de contrat en place		CANAL PHYSIQUE AGENT • L'agence de Niort formée aux spécificités de la convention Avant le 01/01/2026 • 45 réunions d'information sur site et 45 permanences • Rendez-vous individuels • Rendez-vous en agence • 5 Webinaires Après le 01/01/2026 • Permanences sur site • Rendez-vous individuels • Rendez-vous en agence • Webinaires

Canal physique offert aux agents

Notre agence de proximité située à Niort

Les agents de la Communauté d'Agglomération du Niortais pourront se rendre dans leur agence MNT de Niort, dans laquelle ils auront à disposition **2 conseillères d'agence** et **1 Responsable développement**, et **1 Responsable de secteur** pour obtenir toutes les informations qu'ils souhaitent sur la convention de participation. Nos conseillers en agence seront formés aux spécificités de la convention de participation santé et seront en mesure de répondre à leurs questions, les accompagner dans leurs démarches, et expliquer leurs garanties.



Niort

17 BIS Rue Saint Symphorien,
79027 NIORT CEDEX

09 72 72 02 02

Ouverture : Lundi, mardi, mercredi, vendredi de 9h00 à 12h00 et de 13h30 à 17h00, le jeudi de 13h30 à 17h00, sauf jours fériés.

Organisation des réunions d'information et des permanences

Nous nous engageons à diffuser auprès des agents une information sur l'intérêt de la convention de participation santé et ses principales caractéristiques.

Pour cela, nous animerons **des rencontres sur site** avant la mise en place du contrat et pendant la durée de celui-ci.

Celles-ci visent à :

- Promouvoir le dispositif de protection sociale que nous avons bâti ensemble
- Répondre aux interrogations des agents sur les garanties proposées
- Informer les agents sur les aspects pratiques et les démarches à accomplir.

Ces réunions/permanences seront réalisées sous la responsabilité de

ALEXANDRE LEGARE-GAUDREAU

Le nombre de réunions et de permanences n'est pas limité. Nous organiserons par conséquent, autant de réunions et de permanences pour **que l'ensemble des agents soient informés** des avantages de leur contrat frais de santé.

RÉUNIONS D'INFORMATION	PERMANENCES
Durée : 1h30 pour une 30aine d'agents présent	Durée : 20 min en face à face
Organisées sur les différents sites de la Communauté d'Agglomération du Niortais	
Programme : • présentation de notre Mutuelle • présentation des garanties et cotisations proposées et des services annexes (assistance, numéro dédié...), • explication des modalités d'adhésion, • questions-réponses, • présentation du guide adhérents et autres documents	Programme : • Votre adhésion • tableau de prestations • notices d'information • IPID
En complément : nous proposons la mise en place de rendez-vous personnalisés sur site ou en agence	Les permanences permettent de clarifier des points abordés lors des réunions d'information.
En parallèle des réunions et permanences, nous proposons la mise en place de rendez-vous personnalisés sur site ou en agence.	
Sur la base de la liste des agents rencontrés lors des permanences, l'équipe de déploiement relancera les agents qui auront laissé leurs coordonnées lors des permanences et qui nous auront autorisés à les recontacter.	

Canal téléphonique offert aux agents

La MNT mettra en place un **numéro d'appel unique non surtaxé** à la disposition des agents
0972 720 202 + 79

Son coût est compris dans les forfaits fixe – mobile – internet, tarification locale dans les autres cas.

Les conseillers sont disponibles du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30.

Les conseillers, formés aux spécificités du contrat, apportent aux agents un conseil professionnel en ligne.

Les communications ne sont pas filtrées par un serveur vocal. L'appel est orienté en fonction de la localisation de l'appelant.

Les conseillers assurent les missions suivantes :

ADHÉSION / SOUSCRIPTION	INFORMATION	CONSEIL	ASSISTANCE
Faciliter et organiser les modalités d'adhésion aux différentes garanties proposées...	Informers sur le régime et les garanties, sur la situation des dossiers, des cotisations et prestations, effectuer la mise à jour des données personnelles des adhérents...	Vulgariser le contenu des différentes offres et niveaux de garanties, fournir des informations sur les prestations..	Orienter vers interlocuteurs dédiés en cas de difficulté (assistance, fond social, etc.).

Canal mail offert aux agents

Nous mettrons à disposition des agents adhérents un mail qu'ils pourront utiliser en cas de questions sur les modalités de la convention.

Dans le cadre de cette convention, nous proposons une **adresse mail dédiée, facilement mémorisable du type : caniortais@mnt.fr**

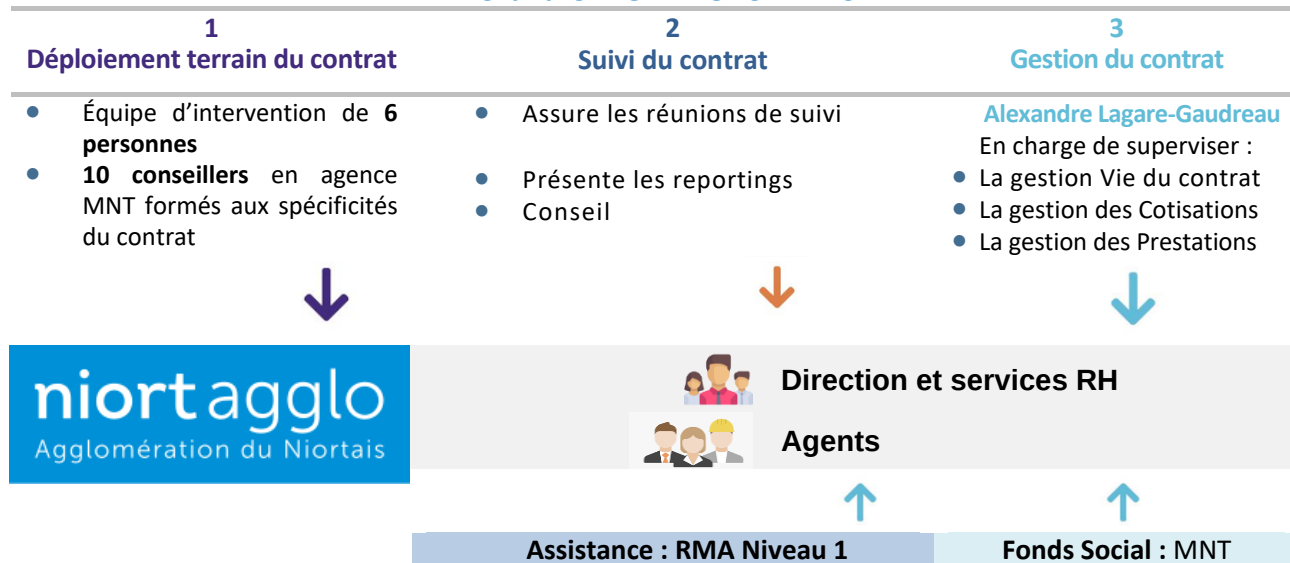
Afin de maximiser les adhésions, la MNT enverra des mailings aux adhérents bénéficiant d'une couverture individuelle MNT. **Ce mail contiendra les documents suivants :**

- Plaquettes de garanties
- Tableau de prestations
- E-ba pour souscription dématérialisée
- Notices d'information

Moyens humains. L'Assureur complète le tableau ci-dessous :

EQUIPE DE DEVELOPPEMENT DEDIEE		
Chargé de suivi commercial :		
Nom / prénom	Fonction	Formation
LEGARE-GAUDREAU Alexandre Responsable solutions aux collectivités	Chef de projet et Interlocuteur dédié	DESS Développement Régional 15 ans d'expérience en protection sociale
TANGUY Mathieu Responsable secteur	Chef de projet associé	Bac + 5 Master analyse financière 13 ans d'expérience à la MNT
HELON Anthony Responsable développement	Coanimation du déploiement – réunions, permanences	14 ans d'expérience à la MNT
IAICHOUCHE Audrey Responsable développement	Coanimation du déploiement – réunions, permanences	17 ans d'expérience à la MNT
DUMONT Audrey Responsable développement	Coanimation du déploiement – réunions, permanences	12 ans d'expérience à la MNT
GOURY Danielle Responsable agence Niort	Coordinatrice de l'équipe de gestion dédiée	27 ans d'expérience à la MNT
2 conseillers agence Niort 2 conseillers agence la Roche-sur-Yon 2 conseillers agence Angoulême 2 conseillers agence Saintes 2 conseiller agence Chasseneuil-du-Poitou	Animation des permanences en collectivité, accueil et renseignements des agents en agence (adhésions, garanties, prestations, etc.)	Tous nos conseillers ont un BAC+2 au minimum et en moyenne 15 ans d'expérience, formés aux spécificités de la fonction publique territoriale et formés à la vente de produits collectifs
Nombre de réunions de présentation agents présentiel :		45
Nombre de réunions de présentation agents visioconférence :		5
Nombre de permanences en présentiel pour les agents :		45
Nombre de permanences en visioconférence pour les agents :		5
Nombre de personnes de l'équipe terrain dédiée :		8
Nombre de personnes de l'équipe téléphonique dédiée :		100 conseillers Pôle Relation Adhérent + 10 conseillers agence

Alexandre LEGARE-GAUDREAU



Prévisions d'adhésion. L'Assureur reporte le tableau ci-après complété (extrait du fichier Excel du DCE à incorporer ci-dessous) avec les deux hypothèses : l'ensemble de la population éligible adhère au dispositif (hypothèse 1) et seuls les agents envisagés selon les prévisions d'adhésion adhèrent au dispositif (hypothèse 2).

Le prévisionnel d'adhésion est inscrit dans le fichier prévisionnel en pièce jointe.

L'Assureur précise sa justification quant au taux d'adhésion proposé au titre de l'hypothèse 2 :

PREVISIONNEL D'ADHESION						
Article 1 de l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux critères de choix des collectivités territoriales et des établissements publics en relevant dans le cas d'une convention de participation (NOR: COTB1118924).						
Effectif agents actifs :	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Année 6
	1950	1950	1950	1950	1950	1950
Hypothèse 1 : adhésion totale						
Adhérents (nombre d'agents actifs) :	1950	1950	1950	1950	1950	1950
dont adhérents actifs < 30 ans	170	170	170	170	170	170
dont adhérents actifs de 30 ans à 40 ans	306	306	306	306	306	306
dont adhérents actifs de 40 ans à 50 ans	519	519	519	519	519	519
dont adhérents actifs de plus de 50 ans	955	955	955	955	955	955
Taux d'adhésion actifs :	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Personnes protégées (avec adhérents) :	5216	5216	5216	5216	5216	5216
dont enfants	1694	1694	1694	1694	1694	1694
dont actifs < 30 ans	196	196	196	196	196	196
dont actifs de 30 ans à 40 ans	511	511	511	511	511	511
dont actifs de 40 ans à 50 ans	846	846	846	846	846	846
dont actifs de plus de 50 ans	1528	1528	1528	1528	1528	1528
dont retraités	441	441	441	441	441	441
Hypothèse 2 : adhésion partielle						
Adhérents actifs (nombre) :	1170	1365	1365	1365	1365	1365
Taux d'adhésion actifs :	60,00%	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%
Adhérents retraités (nombre) :	29	29	29	29	29	29

Concernant le prévisionnel d'adhésion, nous avons retenu 60% d'adhésion sur la première année et 70% sur les années suivantes, car votre équipe de développement dédiée sera mobilisée sur tout le territoire de la Communauté d'Agglomération du Niortais pour promouvoir le dispositif durant toute la durée de la convention de participation santé.

3.2. Equilibre économique

Compte de résultat prévisionnel

L'Assureur présente les opérations d'assurance, sur la base de deux hypothèses : l'ensemble de la population éligible adhère au dispositif (hypothèse 1), et seuls les agents envisagés selon les prévisions d'adhésion adhèrent au dispositif (hypothèse 2).

Le compte de résultat technique est présenté en **exercice de survenance dans le fichier prévisionnel en pièce jointe**.

Information relative aux frais de gestion et à la redistribution

Les garanties d'assurance complémentaire santé sont éligibles à la participation du Souscripteur à conditions de respecter les critères du « *contrat responsable* »². Parmi ces critères, l'Assureur a obligation de communiquer les informations³ de deux ratios exprimés en pourcentage : le ratio entre le montant des prestations et le montant des cotisations hors taxes (ratio P/C), et le ratio entre le montant des frais de gestion et le montant des cotisations hors taxes (ratio F/C).

Ratio P/C : ratio (%) prestations sur cotisations hors taxes

Le **ratio entre le montant des prestations** versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et **le montant des cotisations** ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

L'Assureur doit communiquer ce ratio correspondant à l'ensemble de son portefeuille d'affaires directes, brutes de réassurance.

Année de l'exercice comptable des ratios :	2023
Ratio de l'ensemble du portefeuille :	75%
Ratio du portefeuille de contrats collectifs :	100%

Ratio F/C : ratio (%) frais de gestion sur cotisations hors taxes

Le **ratio entre le montant total des frais de gestion** au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et **le montant des cotisations** ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces **frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser** (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), **les souscrire** (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et

² Articles L. 871-1 et R. 871-1 et 2 du Code de la Sécurité sociale.

³ Article 3 de l'arrêté du 6 mai 2020 précisant les modalités de communication par les organismes de protection sociale complémentaire des informations relatives aux frais de gestion au titre des garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Ratio F/C : ratio (%) frais de gestion sur cotisations hors taxes

juridique) **et les gérer** (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), **c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.**

Le ratio indiqué ci-dessous est celui applicable pendant toute la durée du contrat, et doit être mentionné obligatoirement dans le rapport annuel sur les comptes du contrat prévu à l'article 15 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.

Ratio contractuel

12%

3.3. Suivi régulier**Tableau de suivi**

Un tableau de suivi trimestriel des risques permettant au Souscripteur de connaître et de suivre l'état des risques est proposé par l'Assureur avec les données suivantes à minima :

- Nombre d'adhésions et de bénéficiaires par tranches d'âge et niveaux de garanties,
- Montant global des remboursements (et distribution par principales garanties),
- Montant global des cotisations appelées.

Ce point trimestriel comprend les données du trimestre écoulé avec un comparatif au regard du même trimestre de l'année N-1, un cumul des trimestres de l'exercice avec le comparatif N-1 sur la même période, et enfin une prospective de l'exercice en cours.

L'Assureur met en place les tableaux de suivi

Le tableau de suivi trimestriel des risques est mis en place à la date d'effet du contrat d'assurance :

☒ Oui
☐ Non

Ce tableau est proposé par envoi courriel au terme de chaque trimestre (1^{er} avril, 1^{er} juillet, 1^{er} octobre, 1^{er} janvier) :

☒ Oui
☐ Non

Ce tableau est disponible sous l'extranet mis à la disposition du Souscripteur :

☒ Oui
☐ Non

3.4. Bilan annuel**Provisions techniques**

Cadre des provisions techniques. L'Assureur calcule et inscrit les provisions techniques pour l'établissement du compte du résultat du contrat d'assurance.

Définitions des provisions techniques. L'Assureur présente en termes clairs et précis la méthodologie et les bases techniques de chacune des catégories de provisions, et comporte la justification de leur caractère prudent dans le tableau ci-après :

Prestations et provisions :

A partir des lois de consommation par âge de la MNT et des garanties demandées, le montant des prestations attendu par exercice de survenance est déterminé.

S'agissant d'un risque avec une liquidation des prestations rapides (tiers-payant, flux Noémie) pour un exercice de survenance donné, les provisions sont des provisions pour sinistre à payer (PSAP) et sont déterminées à partir des cadences de règlement observées sur le portefeuille de la MNT.

Pour un exercice de survenance donné, la charge totale des prestations (prestations + provisions) est rapidement déterminée.

Le compte de résultat présenté est en **exercice de survenance**.

➤ **Prestations :**

Les montants des prestations indiqués dans le compte de résultat par année représentent les prestations de la survenance de l'année considérée :

Pour l'exercice de survenance 2026, il n'y a que des prestations de survenance 2026.

Pour l'exercice de survenance 2027, il n'y a que des prestations de survenance 2027.

➤ **Provisions :**

Les montants des provisions indiqués correspondent aux provisions pour sinistre à payer (PSAP) pour l'exercice de survenance considéré.

Pour l'exercice comptable 2026, il n'y a que des provisions déterminées à la date d'arrêté du compte relatives à l'exercice de survenance 2026.

Pour l'exercice comptable 2027, il n'y a que des provisions déterminées à la date d'arrêté du compte relatives à l'exercice de survenance 2027

Rapport annuel

L'Assureur communique annuellement le rapport sur les comptes du contrat d'assurance par exercice comptable et de survenance, accompagné de son annexe et de la projection actualisée selon la trame indiqué ci-après

Rapport annuel sur les comptes du contrat

Date d'envoi. Le rapport est à envoyer au plus tard le 30 juin suivant la clôture de l'exercice.

Contenu. Le rapport doit contenir les informations et les données suivantes :

- **Définitions des provisions :**
 - La méthodologie et les bases techniques de chacune des catégories de provisions (PSAP : provisions pour sinistres à payer) constituées par l'Assureur avec la justification de leur caractère prudent sont présentés en **termes clairs et précis**,
- **Données par exercice comptable et de survenance :**
 - Nombre de personnes garanties dans l'année, avec répartition par tranches d'âge décennales et selon les garanties souscrites,

- Montants des cotisations TTC et montants des taxes,
- Montant des frais de gestion et taux de frais de gestion sur cotisations HT,
- Montants des cotisations brutes de réassurance, des prestations payées brutes de réassurance et des provisions techniques brutes de réassurance le 1er janvier et le 31 décembre de l'exercice considéré,
- Quote-part des produits financiers nets, des commissions et des participations aux résultats si prévues et le résultat de la réassurance.

Remarque :

- Le rapport doit comporter l'historique des informations, c'est-à-dire l'ensemble des données par année (historique à reprendre systématiquement),
- Le rapport doit **distinguer en complément les populations des actifs de celles des retraités**, ainsi que présenter la distribution des résultats par niveau de garanties.

Annexe technique

Le rapport annuel contient une annexe technique composée de :

- L'état des **remboursements** cumulés Assurance maladie et Assureur. Cet état :
 - Est détaillé par postes de garanties avec précision sur le **nombre d'acte et les bénéficiaires** (Assurés, Ayants-droit conjoint/e et Ayants-droit enfants),
 - Contient les taux de reste à charge (RAC) global et par niveaux de garanties,
- Un **comparatif** de cet état des remboursements (**distribution par postes de garanties**) avec ceux du portefeuille d'assurance collective équivalent de l'Assureur,
- L'état sur la **démographie** des personnes Assurées,
- L'état des remboursements éligibles au **dispositif 100%**,
- L'état des remboursements selon utilisation des **réseaux de soins**, en particulier pour les frais d'optique et de prothèses dentaires,
- L'état de consommation de la **garantie assistance**.

Projection économique

En complément au rapport annuel, l'Assureur établit une projection économique pour les années futures qui vaut actualisation du prévisionnel remis au titre de la maîtrise financière, et justifie de cette évolution.

Tableau à compléter	
L'Assureur établit le rapport annuel avec l'ensemble (sans exception ni réserves) des informations et des données mentionnées en amont	☒ Oui ☐ Non
L'Assureur établit l'annexe au rapport annuel avec l'ensemble (sans exception ni réserves) des informations et des données mentionnées en amont	☒ Oui ☐ Non
Le rapport annuel comprend bien en annexe complémentaire la projection économique valant actualisation du prévisionnel	☒ Oui ☐ Non
L'Assureur communique le rapport annuel et l'annexe technique à l'Employeur le 30 juin de l'année au plus tard	☒ Oui ☐ Non
L'Assureur présente le rapport annuel et son annexe à l'Employeur (avec envoi préalable de celui-ci 15 jours au moins avant la réunion)	☐ Oui ☒ Non
L'Assureur inscrit dans le compte de résultat le produit de la contribution prévue à l'article L 862-4-1 du code de la Sécurité sociale :	☒ Oui ☐ Non

Accompagnement au pilotage

Afin d'assurer la qualité du pilotage des engagements d'assurance du présent contrat collectif, l'Assureur participe au financement du pilotage de celui-ci (réunion annuelle du comité de suivi avec l'Assureur en visioconférence, contrôle des données et analyse du compte de résultat annuel établi annuellement par l'Assureur, état de gestion des dossiers, suivi des demandes éventuelles de majorations tarifaires de l'Assureur). Ce financement consiste en la prise en charge par l'Assureur au titre de ses frais de gestion, des frais de conseil de la société ALCEGA Conseil, enregistrée à l'ORIAS sous le numéro 12065199, de 4 250,00 € HT par an.

Le comité de pilotage

La MNT propose la mise en place d'un comité de pilotage pendant toute la durée de la convention.

Le Comité de pilotage est la pierre angulaire d'un suivi concerté du régime. Il est constitué au démarrage du régime, à votre initiative et l'équipe constituante est validée par vos soins.

A titre indicatif, il peut s'agir de membres issus de la Communauté d'Agglomération du Niortais et de la MNT (Membres de la direction, représentants des personnels, votre interlocuteur référent, etc.)

Ce comité donnera lieu à la présentation :

- Des comptes de résultat
- L'analyse de la consommation médicale
- Les recommandations en matière de pilotage

Au cours de la première année de la convention (2026), les adhésions, la stabilité du groupe des assurés ainsi que l'évolution des prestations font l'objet d'un suivi trimestriel par le comité de pilotage.

De nouvelles actions seront mises en place sur les premiers mois de la convention en fonction des résultats atteints. Nous pourrions notamment programmer des permanences à répartir en fonction des sites identifiées pour leurs besoins d'information.

- Du déploiement mené
- Du taux d'adhésion atteint
- Des indicateurs de gestion
- Le bilan des actions de prévention

Fréquence des réunions du comité de pilotage

1^{ère} année : **trimestrielle**

À partir de la 2^e année : **Annuelle**

Tous les deux ans, une enquête de satisfaction auprès des agents sera réalisée. Le questionnaire sera élaboré avec la Communauté d'Agglomération du Niortais

Un rapport retraçant les opérations réalisées au vu des critères 2 et 4 de l'article 18 du décret sera produit début 2029 et au terme de la convention.

Les indicateurs ci-dessous seront présentés au cours des comités de pilotage :

Suivi mensuel des adhésions

Suivi mensuel de la consommation médicale par famille d'actes (hospitalisation, consultations, pharmacie, dentaire, optique...)

Nous nous engageons à communiquer tous les ans, **les comptes de résultat par exercice de survenance**.

Au mois de juin de chaque année, le chef de projet présentera le compte de résultat et la démographie de la base adhérente (pyramides des âges, âge moyen).

Le document détaillera :

- Les cotisations brutes TTC ;
- Les cotisations nettes de taxes et contributions ;
- Les cotisations nettes de frais ;
- Les prestations payées au 31/12 de l'exercice ;
- Les effectifs couverts en fin d'exercice par catégorie (Assuré/ Conjoint / Enfants) pour les agents d'une part et pour les agents retraités d'autre part ; Le suivi des transferts de solidarité par population.

Il sera remis au plus tard le **30 juin** suivant la fin de chaque exercice et sera présenté en commission de suivi.

Un avant-projet des comptes de l'année N-1 sera adressé avant le 30 mars de l'année N à la collectivité, dès la troisième année d'exécution du contrat, en vue des négociations sur l'éventuelle évolution tarifaire de la quatrième année.

Les négociations sur les évolutions tarifaires de l'année n+1 se feront entre le mois de mars et le mois de juin de l'année n, les nouveaux tarifs (hormis PMSS) seront portés à la connaissance des agents avant le mois de septembre.

Exemple de compte de résultat, par formule de garanties :

statut	Libellé formule	Cotisation Brute	Cotisations CMU	Cotisation TCA	Cotisation nette de CMU et TCA	Frais de Gestion	Prestations	Total des Charges	PSAP (*)	P/C net de CMU et TCA (inclus PSAP)
Actif	Formule A	462 890,50 €	24 975,15 €	28 648,67 €	409 266,68 €	61 390,00 €	338 687,31 €	400 077,31 €	10 160,62 €	100,24%
	Formule B	742 729,30 €	40 073,79 €	45 968,12 €	656 687,39 €	98 503,11 €	535 343,47 €	633 846,58 €	16 060,30 €	98,97%
	Formule C	57 355,00 €	3 094,58 €	3 549,75 €	50 710,68 €	7 606,60 €	37 355,36 €	44 961,96 €	1 120,66 €	90,87%
Total Actif		1 262 974,80 €	68 143,52 €	78 166,53 €	1 116 664,75 €	167 499,71 €	911 386,14 €	1 078 885,85 €	27 341,58 €	99,07%
Retraité	Formule A	23 658,60 €	1 276,49 €	1 464,25 €	20 917,86 €	3 137,68 €	21 333,34 €	24 471,02 €	640,00 €	120,05%
	Formule B	37 423,60 €	2 019,18 €	2 316,18 €	33 088,24 €	4 963,24 €	28 328,70 €	33 291,94 €	849,86 €	103,18%
	Formule C	1 918,60 €	103,52 €	118,74 €	1 696,34 €	254,45 €	1 383,05 €	1 637,50 €	41,49 €	98,98%
Total Retraité		63 000,80 €	3 399,19 €	3 899,17 €	55 702,44 €	8 355,37 €	51 045,09 €	59 400,46 €	1 531,35 €	109,39%
Total général		1 325 975,60 €	71 542,72 €	82 065,70 €	1 172 367,18 €	175 855,08 €	962 431,23 €	1 138 286,31 €	28 872,94 €	99,56%

4. Moyens pour assurer une couverture des plus âgés et des plus exposés aux risques

Accompagnement matériel

L'objectif est de permettre à l'Assuré et à ses ayants-droit de bénéficier d'une aide matérielle sous la forme d'un service d'assistance.

L'Assureur propose une garantie d'assistance composée de plusieurs services (base contractuelle : notice d'information assistance), et met en valeur les **deux services** ci-après :

	Evénement déclencheur	Franchise (si oui, en jours)	Nombre d'heures limite
Aide-ménagère	Hospitalisation	2 jours	10H
	Maternité	4 jours	10H
	Immobilisation imprévue	5 jours	10H
	Immobilisation prévue	10 jours	10H
Aide aux enfants (accompagnement, devoirs)	Hospitalisation	2 jours	40H
	Maternité	4 jours	40H
	Immobilisation imprévue	5 jours	40H
	Immobilisation prévue	10 jours	40H
	Hospitalisation ou immobilisation enfant	14 jours	10H de cours/semaine
Commentaire : le nombre d'heures prises en charge par l'Assisteur est conditionné par son évaluation et ne prendra pas en charge les heures supplémentaires qui auront été réalisées sans son accord			

L'Assureur renseigne les contacts de ce service ci-dessous :

Les contacts	Nom – prénom	Société	Téléphone
Pour se renseigner :	ASSISTANCE RMA	RMA	09 72 72 02 02
Pour activer le service :	ASSISTANCE RMA	RMA	09 72 72 02 02

L'Assureur joint en annexe la notice d'information de la garantie assistance.

Accompagnement social

L'objectif est de permettre à l'Assuré de bénéficier d'une aide sociale sous la forme du versement d'un montant forfaitaire en euros afin de répondre à ses difficultés financières, en complément aux prestations versées par l'Assureur.

L'Assureur propose une ligne financière avec un **fonds social et solidaire** qui comporte un prévisionnel contractuel selon sa connaissance des dossiers et des caractéristiques de la population à assurer :

Année	Nombre de dossiers (estimation)	Budget annuel contractuel	Montant moyen de l'aide par dossier
1	45	30 015 €	667 €
2	46	30 682 €	680 €
3	47	31 976 €	694 €
4	48	33 309 €	708 €
5	49	34 683 €	722 €
6	50	36 099 €	736 €
TOTAL	285	196 765 €	4 208 €

Ces chiffres sont présentés à titre indicatif, sur la base des montants moyens versés dans le cadre de l'action sociale MNT en 2023, rapportés aux données démographiques de la Communauté d'Agglomération du Niortais.

L'assureur indique les **conditions d'acquisition** pour les Assurés de ce fond social :

La solidarité entre territoriaux, c'est la raison d'être de la MNT. **Six millions d'euros** chaque année pour l'ensemble des adhérents de la mutuelle, ce qui représente un chiffre record dans les mutuelles.

Voici les types d'aides que nous proposons à l'ensemble des adhérents à la convention de participation :

- **Aides exceptionnelles pour aménagement de domicile, de véhicule ou d'appareillage handicapé**

Les adhérents en situation de handicap ou en situation de dépendance pourront bénéficier du service des aides exceptionnelles pour le financement d'un aménagement de domicile, de véhicule ou d'appareillage lié au handicap.

***Exemple :** Un adhérent en situation de handicap sollicite la MNT pour l'adaptation de son véhicule. Le coût total de la dépense s'élève à 18 313€. Après les aides du CCAS et de la MDPH, son reste à charge s'élève à 4 771,15€. Après analyse de sa situation sociale et financière, la commission d'interventions sociales de la MNT a décidé de lui accorder une aide de 2 000€.*

- **Aides exceptionnelles pour catastrophe naturelle**

Les adhérents au contrat pourront bénéficier des aides exceptionnelles pour catastrophe naturelle, lors d'intempéries qui font l'objet d'une reconnaissance de l'état de catastrophe naturelle.

La MNT peut apporter une aide exceptionnelle à ses adhérents. L'aide n'a pas vocation à se substituer aux diverses assurances souscrites par ailleurs par l'adhérent, elle constitue un soutien ponctuel, un coup de pouce dans un moment particulièrement difficile.

***Exemples :** Lors des ouragans IRMA et MARIA fin 2017 dans les Antilles, une procédure très simple a été mise en place. Les adhérents avaient la possibilité de compléter un dossier en y joignant l'attestation de sinistre établie par la commune. Après analyse des dossiers, la commission d'interventions sociales a accordé entre 200 € et 800 € d'aide par adhérent. Cette procédure a également été mise en place en 2018 lors des inondations qui ont touché le département de l'Aude. Au total, 27 700€ ont été accordés aux adhérents victimes de ces intempéries.*

- **Accompagnement social**

Nous proposons un service d'accompagnement social. Il intègre un service d'information pour tous les adhérents, via la plateforme téléphonique et peut aller jusqu'à un suivi individualisé des agents rencontrant le plus de difficultés. C'est un service d'écoute, d'information, et de conseil social.

- **Horaires :** Du lundi au vendredi, de 8h à 18h30.
- **Au cours de l'appel :** la situation de l'agent est évaluée afin de l'orienter.
- **Les situations les plus complexes :** sont gérées en entretiens individuels et sur rendez-vous avec une assistante sociale.
- **L'équipe sociale :** maîtrise les dispositions et les droits de la fonction publique territoriale mais également du régime général. Elle a été formée pour répondre notamment aux problématiques tel que : Difficultés financières, Maladies, accidents de travail, invalidé, Handicap

L'action sociale en quelques chiffres :

Principaux éléments du bilan 2024	• 14 500 personnes protégées ont bénéficié d'une minoration de cotisation en 2023 • 637 308 € d'aides exceptionnelles pour les soins coûteux en 2024 • 86 397 € accordés pour les demandes d'aides liés à une situation de handicap ou de dépendance en 2024 • 6 900 € versés par la MNT pour les adhérents victimes de catastrophes naturelles en 2024 • 764 875 € pour l'opération santé menstruelle pour les adhérentes santé âgées de 12 à 55 ans
-----------------------------------	---

Comment en bénéficier ?

Une personne qualifiée de l'agence MNT, aide l'adhérent à constituer son dossier de demande, à analyser sa situation selon des critères d'urgence, de gravité et de dépenses à engager. Elle transmet ensuite son dossier complet aux instances décisionnaires.

L'Assureur renseigne les contacts de ce service ci-dessous :

Les contacts	Nom – prénom	Société	Téléphone
Pour se renseigner :	Agence local MNT	MNT	09 72 72 02 02
Pour activer le service :	Agence local MNT	MNT	09 72 72 02 02

Accompagnement psychologique

L'objectif est de permettre à l'Assuré et à ses ayants-droit de bénéficier d'une assistance psychologique sous la forme d'un service de mise en relation et de suivi.

L'Assureur propose une prestation d'accompagnement selon les besoins ci-après à préciser :

	Service proposé	Si oui, nombre de séances par assuré et par année	Estimation du nombre moyen d'utilisateurs / année
Séance téléphonique ou en visioconférence	☒ OUI ☐ NON	Illimité	782
Séance en présentiel	☒ OUI ☐ NON	Illimité	279

Les séances d'accompagnement psychologique en présentiel sont prises en charge dans le cadre du contrat via les garanties « Honoraires de séances d'accompagnement psychologique ».

L'Assureur renseigne les contacts de ce service ci-dessous :

Les contacts	Nom – prénom	Société	Téléphone
Pour se renseigner :	ASSISTANCE RMA	RMA	09 72 72 02 02
Pour activer le service :	ASSISTANCE RMA	RMA	09 72 72 02 02

Accompagnement médical

L'Assureur propose un service **de deuxième avis médical** pour les Assurés et leurs ayants-droit :

DEUXIEME AVIS est un nouveau service complémentaire pour aider vos agents à prendre la bonne décision pour leur santé.

En cas de problème de santé sérieux ou de situation complexe, il est conseillé de se tourner vers un autre expert pour obtenir un second avis médical. Mais, il n'est pas toujours évident d'obtenir un rendez-vous rapidement ou d'identifier un médecin expert de sa maladie.

Deuxième avis, service en ligne, permet à vos collaborateurs d'accéder à un haut niveau d'expertise médicale **en moins de 7 jours** :

- Annuaire des médecins référents de leur maladie,
- Fiches d'informations liées à leur maladie.

Les parcours pour les adhérents :

1. Un parcours simple pour vos agents depuis le site <https://www.deuxiemeavis.fr/> :
2. Inscription sur le site
3. Complétude d'un questionnaire et transmission du dossier médical
4. Analyse et envoi du compte rendu signé sous 7 jours par le médecin expert

Les avantages adhérents :

- Obtenir le deuxième avis d'un médecin expert sous 7 jours
- Bénéficier d'une prise en charge à 100% grâce à leur mutuelle d'entreprise
- Être accompagné dans la prise de décision médicale
- Avoir accès à + de 250 médecins experts autour de + de 650 maladies référencées
- Bénéficier d'un accès sécurisé et confidentiel

Les avantages entreprise :

- Participation à l'amélioration de la qualité des soins de santé de vos agents en proposant ce service qui fournit des conseils supplémentaires et aide à éviter les erreurs médicales
- Préserver le capital santé de vos collaborateurs permet d'améliorer la performance collective
- Nourrir votre marque employeur par une action concrète en faveur du bien-être de vos collaborateurs
- Optimisation des frais de santé de vos agents en veillant à ce que les soins et traitements prescrits soient nécessaires et appropriés
- Mise en avant d'un service à la fois réputé et fiable garantissant des conseils de haute qualité

L'Assureur propose un service **de téléconsultation** pour les Assurés et leurs ayants-droit :

Pour nos adhérents exclusivement :

- **Une téléconsultation accessible 24/7 :**
 - En visio avec des médecins, généralistes ou spécialistes (dermatologue, gynécologue, ophtalmologue, psychiatre, dentiste) et sage-femmes.
 - En inclusion dans votre contrat frais de santé

L'accès au service de téléconsultation 100% digital, 100% sécurisé et confidentiel, s'effectue via l'espace personnel digital proposé à chaque assuré par le gestionnaire de votre contrat Frais de santé.



Maiia
7/7

16 millions d'adhérents en 2024

20 000 Professionnels de santé sur l'agenda Maiia & 60 000 rdvs/j

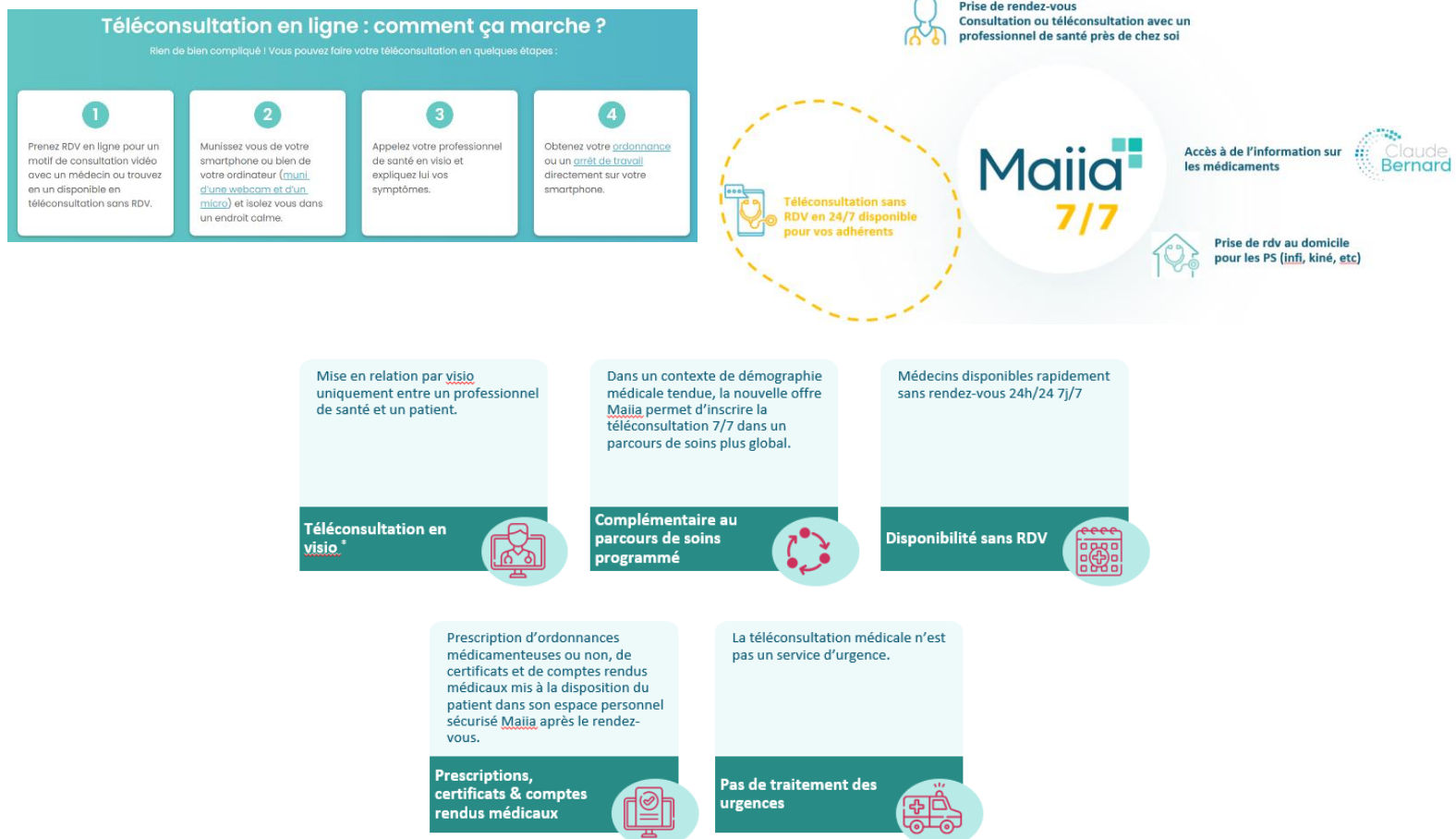
200 médecins en 24/7 accessibles en moins de 15'

Pour une santé accessible à tous, MAIIA propose aussi :

- **La téléconsultation sans RDV :** Une téléconsultation auprès de votre médecin ou des médecins ayant ouvert leur salle d'attente, pour une mise en relation immédiate, dans le cadre du parcours de soins
- **La prise de RDV pour une consultation en cabinet ou en téléconsultation**
Dans tous les cas, les téléconsultations proposées permettent de délivrer une ordonnance.

Comment accéder au service ?

Via l'espace personnel digital proposé à chaque assuré par le gestionnaire du contrat Frais de santé de l'entreprise.



5. Qualité de gestion du contrat et services

5.1. Services pour l'Employeur

Présentation de l'équipe de gestion dédiée

MOYENS	A COMPLETER PAR L'ASSUREUR
Suivi du contrat et pilotage	
Responsable (nom, prénom, fonction, formation, téléphone, courriel, année d'expérience, localisation) :	Alexandre LEGARE-GAUDREAU Responsable développement Tél : 06 37 74 52 93 Mail : alexandre.legare-gaudreau@mnt.fr
Gestion des adhésions et cotisation	
Responsable des adhésions et cotisations (nom, prénom, fonction, formation, téléphone, courriel, année d'expérience, localisation) :	Danielle GOURY Responsable d'agence Niort Tél : 06 71 90 27 94 Mail : danielle.goury@mnt.fr
Equipe dédiée (nombre de personnes, formation, téléphone unique dédié, courriel de l'équipe, localisation) :	Voir organigramme ci-dessous Téléphone : 0972 720 202 + 79 Courriel : caniortais@mnt.fr
Gestion des prestations	
Responsable des prestations (nom, prénom, fonction, formation, téléphone, courriel, année d'expérience, localisation) :	Voir organigramme ci-dessous
Equipe dédiée (nombre de personnes, formation, téléphone unique dédié, courriel de l'équipe, localisation) :	Voir organigramme ci-dessous

Les équipes de gestion supervisées par Alexandre LEGARE-GAUDREAU qui bénéficie de nombreuses années d'expérience en assurance de personnes, seront chargées

- d'assurer le bon fonctionnement de la gestion des prestations et cotisations et
- de le tenir en permanence au courant de la vie du contrat (adhésion, cotisations, prestations).

Les équipes sont spécialisées dans la gestion des contrats des collectivités territoriales.

Tous les gestionnaires bénéficient de formations régulières qui leur permettent une mise à jour des compétences nécessaires

Les activités de gestion sont regroupées au sein d'une même direction, afin de :

- Garantir une meilleure transversalité et un meilleur pilotage de l'activité gestion, afin d'assurer la qualité de service aux adhérents et collectivités.
- Mettre en place de façon cohérente des actions d'amélioration communes à l'ensemble des métiers vie du contrat, cotisation et prestations santé/prévoyance.
- Libérer du temps de développement pour les agences en les dégageant de la majeure partie des actes de gestion.

GESTION SANTE
Alexandre LEGARE-GAUDREAU
Coordinateur gestion

**GESTION DES
ADHÉSIONS**
Responsable Danielle
GOURY

- Récupère des BIA,
- Met à jour du fichier et renvoie à la collectivité pour validation
- Veille à l'application des conditions de souscription
- Contribue à l'équilibre technique des risques

Répartis sur 11 sites
47 collaborateurs

**GESTION DES
COTISATIONS**
Responsable Aude RADIGOIS

- Suivi du compte cotisant (appels, encaissement, affectation)
- Assure le recouvrement des cotisations

*Centres de gestion de Villeneuve
d'Ascq et de Bordeaux*
70 gestionnaires

**GESTION DES
PRESTATIONS**
Responsable : Caroline BESSE

Service Prestations noémisées

- Noémisation des adhérents
- Gestion des relations avec les caisses RO

Service Prestation adhérents

- Traitement des prestations papiers adhérents
- Traitement de demande de remboursement des adhérents via l'espace adhérent
- Accueil téléphonique de niveau 2 des adhérents

Service Professionnels de Santé

- Traitement des factures papier des professionnels de santé
- Conventionnement des professionnels de santé pour le tiers payant, gestion des fichiers
- Accueil téléphonique pour les professionnels de santé

*Villeneuve d'Ascq, Villeurbanne,
Bourges - 77 collaborateurs*

Service de gestion des adhésions et des cotisations

Traitement des bulletins d'adhésion des agents :

Traitement des bulletins d'adhésion des agents		Réponses Assureur	
1. Adhésion sous format papier (BAP)		☒ Oui	☐ Non
2. Adhésion sous format électronique (BAE)		☒ Oui	☐ Non
Les adhésions sont enregistrées par l'Assureur sans contrôle ou visa de l'Employeur.			

Toute nouvelle adhésion doit faire l'objet d'un bulletin d'adhésion complété, signé et accompagné des pièces justificatives nécessaires.

Pour répondre aux habitudes de tous les agents, nous proposons deux modes d'affiliation :

le E-BA, le bulletin d'adhésion électronique
le bulletin papier.

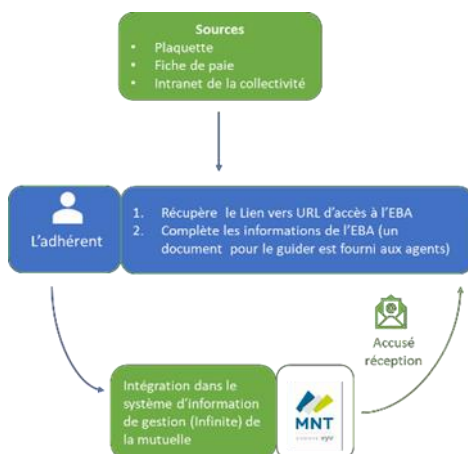
Ces deux outils seront à disposition des agents :

lors de nos réunions/permanences (E-BA et BA papier)
auprès des correspondants RH de votre collectivité (E-BA et BA papier)
sur l'intranet de votre collectivité si vous en avez un (E-BA)
dans le kit d'adhésion (E-BA et BA papier)

Le E-BA : traitement rapide sous < 5 jours

Pour faciliter vos démarches, la MNT met à la disposition de l'agent :

- un bulletin d'adhésion électronique,
- un espace d'affiliation en ligne
- un guide « Le pas à pas E-BA l'accompagne tout au long de la saisie.



Le bulletin d'adhésion papier :

Deux exemples de bulletins d'adhésion sont présentés. Le premier, intitulé 'Contrat collectif santé', est un formulaire électronique avec des champs à remplir et un QR code. Le second, intitulé 'Contrat collectif Prévoyance', est un formulaire papier avec des champs à remplir et un QR code.

Le parcours d'adhésion en gestion :



Echanges de données :

Adhésion. L'Assureur, après enregistrement des adhésions, transmet un fichier (format XLS ou CSV). Ces fichiers sont envoyés mensuellement le 1^{er} jour du mois suivant les mouvements.

Cotisation. La somme des cotisations précomptées correspond au montant mensuel de la cotisation à payer par l'Employeur au plus tard le 10 du mois suivant.

Echanges de données cotisations		
Les cotisations précomptées sont déclarées mensuellement via la DSN pour les Employeurs qui le souhaitent	☒ Oui	☐ Non
Les factures correspondantes aux montants (aux centimes près) des cotisations déclarées (via DSN ou autre) sont déposées par l'Assureur sur le portail CHORUS PRO.	☐ Oui	☒ Non

Le rôle du Centre de Traitement des Cotisations est d'appeler, d'encaisser et d'assurer le recouvrement des cotisations en étroite collaboration avec les gestionnaires adhésions et les services RH de la Communauté d'Agglomération du Niortais.

Les **47 gestionnaires** sont répartis sur les 2 sites de Villeneuve d'Ascq et de Bordeaux.

Ce service a une véritable expertise, il gère **17 000 collectivités**.

Votre collectivité aura :

- son gestionnaire dédié :
- sa boîte mail dédiée : ctc79@mnt.fr
- son numéro de téléphone : 0980 980 210 + 79

- **Appels de cotisations :**

- Sans DSN, un appel de cotisation mensuel reprenant par affilié le montant total des cotisations sera mis à disposition dans l'extranet employeur
- Si utilisation DSN : aucun appel de cotisations ne sera envoyé car la transmission du flux DSN fait office.

- **Contrôle des cotisations**

Si la Communauté d'Agglomération du Niortais n'utilise pas la DSN, elle devra fournir mensuellement à la MNT un état des charges issu de la paie pour les agents adhérents reprenant :

- L'identification de l'agent : NIR, matricule, nom patronymique, prénom, nom matrimonial
- L'assiette de cotisations : TBI, NBI, RI, CTI
- Le montant des cotisations précalculées
- Format attendu : Excel, csv, txt ou PDF modifiable uniquement

Si utilisation de la DSN : pas de formalité à accomplir pour la Communauté d'Agglomération du Niortais.

● Paiement des cotisations

Paiement des cotisations mensuel par virement ou téléversement (si la DSN est déployée).

Les services de l'extranet employeur MNT pourront faciliter la gestion au quotidien :

- Mise à disposition des appels de cotisations au format dématérialisé
- Mise à disposition des états de variation des cotisations entre M-1 et M
- Possibilité de mettre à jour les mouvements des agents en ligne
- Listes des agents et garanties souscrites pour faciliter l'implémentation en paie du taux de cotisations à appliquer
- Possibilité de compléter ou déclarer son appel de cotisations en ligne et de transmettre les justificatifs nécessaires

Les cotisations sont regroupées par typologie de contrats consultables en cliquant sur les onglets concernés

Pour chaque échéance, il est indiqué le total des cotisations du mois, le montant total trop perçu, le montant total de rappel, le nombre d'adhérents

The screenshot displays the MNT extranet interface. At the top, there are tabs for 'Santé', 'Prévoyance individuelle', 'Prévoyance collective', and 'Prévoyance collective'. Under 'Cotisations Santé', three rows show data for October 2023, September 2023, and August 2023. Each row includes the number of adherents (177), the total amount (19 673,96 €), and a 'Détail' link. Below this, under 'Cotisations Prévoyance collective', three rows show data for the 1st, 2nd, and 3rd trimesters. Each row includes the number of employees (7359159) and an 'Appel de cotisations' button.

En cliquant sur "Détails", vous pourrez **accéder aux**

détails de la cotisation (agents concernés, numéros d'adhésion, garanties souscrites, montant de la cotisation)

Vous pourrez **télécharger l'état de variations et l'appel de cotisations**.

Une barre de recherche vous permet de retrouver rapidement une personne par nom, par montant de la cotisation, par garantie...

The screenshot displays the MNT extranet interface. At the top, there are tabs for 'Santé', 'Prévoyance individuelle', 'Prévoyance collective', and 'Prévoyance collective'. Under 'Cotisations Prévoyance individuelle', one row shows data for October 2023. It includes the number of adherents (159), the total amount (8 537,17 €), and a 'Détail' link. Below this, under 'Liste des cotisations', there is a search bar and two buttons: 'STAT DES VARIATIONS' and 'APPEL DE COTISATIONS'. A table below shows a list of cotizations with columns: 'adhésion', 'N° d'adhésion', 'MATRICULATION', 'GARANTIES', 'COTISATION', 'RAPPEL', 'TROP PERÇU', and 'TOTAL'.

Voir Annexe Espace employeur

Extranet de gestion RH

L'Assureur met à la disposition de l'Employeur un extranet complet pour le suivi des adhésions et des dossiers de prestations :

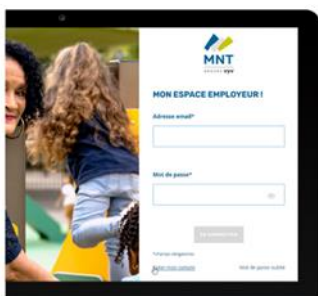
Réponse :	☒ Oui	☐ Non
-----------	---	------------------------------

Les fonctionnalités de l'extranet sont :

Fonctionnalités (6)	Réponses Assureur	
Consulter l'état des adhésions et éditer / extraire une liste	☒ Oui	☐ Non
Consulter l'état des cotisations et éditer / extraire une liste	☒ Oui	☐ Non
Consulter et télécharger le contrat	☐ Oui	☒ Non
Consulter et télécharger la notice d'information	☐ Oui	☒ Non
Consulter et télécharger la plaquette des garanties	☐ Oui	☒ Non
Consulter et télécharger la plaquette des services	☐ Oui	☒ Non

Lien d'accès à la vidéo de démonstration : <https://www.youtube.com/watch?v=yO1pruDRos4>

Le lien ci-dessus correspond à une présentation vidéo commentée de l'outil de gestion qui sera mis à votre disposition dans le cadre de la convention de participation santé.



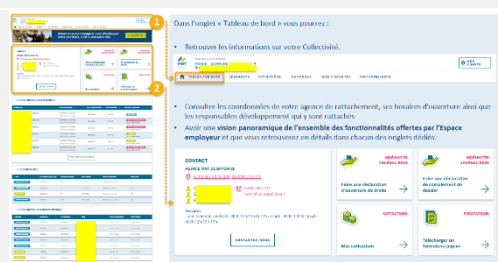
Les services RH auront accès à un outil de gestion dématérialisé, disponible 24h/24 sur lequel ils pourront gérer en toute autonomie la convention de participation.

Avec l'extranet RH, les services RH :

- Réalisent toutes les opérations,
- Suivent et paient les cotisations

Ce site de gestion est :

- Ouvert aux décideurs RH et gestionnaires
- Accessible sur authentification nominative



Vous accédez à un tableau de bord qui vous permet d'avoir une vision panoramique de l'ensemble des fonctionnalités offertes par l'Espace collectivités que vous retrouverez en détails dans chacun des onglets dédiés. Vous avez également accès aux informations de votre Collectivité, pour consultation ou modification.

**DOMAINE GESTION**

- Profil d'utilisation du collaborateur RH personnalisé
- Visualiser et télécharger la liste des adhérents (prénom/Nom/matricule/date de naissance/identifiant MNT/Type de contrat)
- Contacter son interlocuteur de référence

**DOMAINE SANTE**

- Télécharger la liste des adhérents sous format Excel
- Effectuer les déclarations de mouvements (entrées/sorties)

DOMAINE DE COTISATION

- Télécharger les appels de cotisations
- Mise à disposition des états de variation des cotisations entre M-1 et M
- Mise à jour des salaires
- Liste des agents et garanties souscrites pour faciliter l'implémentation en paie du taux de cotisation à appliquer

L'Assureur joint en annexe le **manuel de gestion de l'extranet**, met en place une **session de formation à l'extranet** et met à la disposition une **assistance téléphonique** à l'extranet :

N° de téléphone dédié :

0 980 980 210

Formation des services RH aux spécificités de la gestion

Les formations mises à leur disposition sont les suivantes :

- Formation à l'utilisation de l'extranet employeur
- Formation aux garanties du contrat et aux procédures de gestion
- Les évolutions législatives et réglementaires de la protection sociale
- Le risque santé dans la Fonction Publique Territoriale
- Tout autre domaine entrant dans notre champ d'expertise, à la demande des services concernés (ex : statut de la fonction publique territoriale et ses évolutions...).

Les spécificités de la convention de participation :

- Adhésion
- Garanties
- Services
- Changement de régime
- Changement lié à un évènement familial
- Gestion du contrat
- Précompte des cotisations

Des **formations sur mesure** pourront également être mises en place sur demande

5.2. Services pour les agents

Application mobile

L'Assureur met à la disposition des Assurés une application mobile avec les fonctionnalités suivantes à minima :

Fonctionnalités (15)	Réponse Assureur	
Mise à disposition de l'application		
1. L'application mobile est-elle disponible à la date d'effet du contrat pour les salariés	☒ Oui	☐ Non
Fonctionnalités de l'application		
Documents :		
2. La notice d'information du contrat est-elle accessible ?	☐ Oui	☒ Non
3. La carte de tiers-payant est-elle accessible ?	☒ Oui	☐ Non
4. La carte de tiers-payant est-elle proposée sous format dématérialisée avec mise à jour en automatique ?	☐ Oui	☒ Non
Gestion :		
5. Les coordonnées du service de gestion sont-ils proposés ?	☒ Oui	☐ Non
6. Les coordonnées de l'assuré (nom, prénom, adresse, RIB) peuvent-elles être modifiées sur l'application ?	☒ Oui	☐ Non
7. L'assuré peut-il enregistrer dans l'application les coordonnées (nom, prénom, adresse, RIB) de ses ayants-droit	☒ Oui	☐ Non
8. L'assuré peut-il visualiser et éditer les relevés de prestations ?	☒ Oui	☐ Non
9. L'assuré peut-il déclarer sur l'application la dispense d'adhésion de son conjoint et de ses enfants	☒ Oui	☐ Non
10. L'assuré peut-il saisir directement via l'application le service de réclamation qui est obligatoirement proposé	☒ Oui	☐ Non
Prestations :		
11. Les devis (optique, dentaire, auditif) pris en photographies, ou en autres formats, par l'assuré peuvent-ils être étudiés par un service d'analyse ?	☒ Oui	☐ Non
12. Les factures prises en photographies, ou en autres format, par l'assuré peuvent-elles être déposées sur le compte de l'assuré pour traitement ?	☒ Oui	☐ Non
13. Les demandes de prises en charge hospitalière peuvent-elles être réalisées sur l'application	☐ Oui	☒ Non
Professionnels de santé :		
14. Existe-t-il un service de géolocalisation des professionnels de santé ?	☒ Oui	☐ Non
15. Existe-t-il un service de géolocalisation des professionnels de santé conventionnés par le concentrateur de l'assureur pour accepter le tiers-payant ?	☒ Oui	☐ Non

L'accès adhérent en ligne

Une gestion 100% digitale pour l'assuré

Nous mettons à disposition des agents adhérents un intranet dans lequel ils peuvent y ouvrir, facilement et rapidement, leur compte personnel en ligne

- Accès à l'espace adhérent par mnt.fr
- <https://adherents.mnt.fr>

A travers cet espace, vos agents **bénéficient d'un délai de traitement de la demande optimisé et de l'assurance d'une prise en compte systématique.**

Annexe Guide Extranet Agents



Pour l'employeur territorial et ses gestionnaires, cet espace à la disposition des adhérents MNT, peut représenter un gain de temps appréciable

Disponible 24/24h et 7/7j	Accessible via smartphone, tablette ou ordinateur	Mis à jour tous les jours	Plus de 235 000 adhérents le consultent déjà régulièrement.	85% s'y rendent pour consulter leurs remboursements.	50% pour une simulation de remboursement sur un devis dentaire, ou pour géolocaliser des réseaux de soins.
Ce que l'assuré y gagne ? Transparence, Exhaustivité, Traçabilité, Sécurité, Accessibilité.					

Les fonctionnalités de l'extranet agent sont accessibles via smartphone, tablette ou ordinateur

L'Assureur joint en annexe une **présentation de l'application mobile** qui sera remise aux Bénéficiaires.

Délais contractuels de traitement des dossiers

L'Assureur complète le tableau ci-dessus relatif aux délais contractuels :

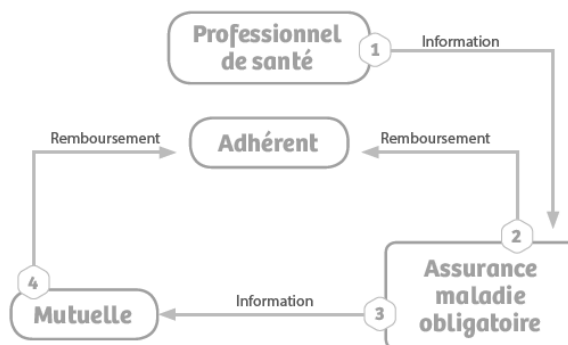
Délais contractuels de traitement des dossiers	
Délai d'attente téléphonique pour un appel entrant :	120 secondes
Taux de prise des appels téléphoniques entrants :	85 %
Délai de réponse à un courriel d'un Assuré :	2 jours
Délai de réponse à un courrier d'un Assuré :	2 jours
Délai de paiement d'une facture :	2 jours
Délai d'envoi de la carte de tiers-paiement à compter de l'enregistrement de l'adhésion de l'Assuré :	2 jours
Délai de paiement d'un flux de l'Assurance Maladie (NOEMIE) :	1 jours
Délai de réponse à une réclamation d'un Assuré :	10 jours
Pour le délai contractuel de paiement des actes : L'Assureur met en place un état de suivi pour connaître la moyenne des délais de paiement pour l'ensemble des dossiers, avec délais par principaux actes. Cet état est communiqué au Souscripteur sous format électronique à la fin de chaque trimestre. Des pénalités sont appliquées en cas de dépassement du délai contractuel global calculé chaque trimestre par acte. Ces pénalités, applicables par trimestre et calculé globalement pour l'ensemble des actes, s'élèvent à : - 500€ en cas de dépassement compris entre 5 et 10 jours - 1 000 € en cas de dépassement compris entre 11 et 20 jours, - 2 000 € en cas de dépassement compris entre 21 et 30 jours, - 5 000 € en cas de dépassement égal ou supérieur à 31 jours. Ces pénalités sont à verser au Souscripteur.	

Le remboursement par télétransmission et papier

Paiement des prestations par flux dématérialisé NOÉMIE (EDI) ≤ 1 jour ouvré	Paiement des prestations à réception des feuilles de soins papier ou des décomptes adhérents ≤ 5 jours ouvrés
Prises en charge hospitalières ≤ 2 jours ouvrés	L'édition et l'envoi des cartes tiers-payant 2 jours

Les **étapes du remboursement** par télétransmission :

1- Le professionnel de santé transmet les informations concernant les prestations à l'Assurance maladie obligatoire ;
 2 et 3 - Le régime obligatoire effectue son remboursement et transfère automatiquement les données à la mutuelle ;
 4- La mutuelle verse les prestations prévues dans la garantie.



Hors tiers payant, grâce à ces échanges, les remboursements sont réalisés en 48 heures dès lors que le régime obligatoire nous a transmis l'information.

Grâce aux échanges par télétransmission, toutes les prestations des flux noémisés sont traitées au fur et à mesure dans un délai de **2 jours maximum** (*Délais de remboursement à compter de la réception de l'image décompte dans le cadre d'un échange automatisé avec le régime obligatoire.*)

92 % des prestations sont réglées par EDI (échange de données informatisées).

Pour toutes les prestations « non noémisées », l'adhérent nous adresse les décomptes, factures et autres justificatifs nécessaire à la liquidation, le délai de traitement est de 5 jours maximum (généralement sous 48h). Ce type de remboursement représente **moins de 8% du total des remboursements**.

La MNT a lancé, en 2019, sa démarche de certification pour la norme ISO 9001 « Gestion des remboursements des prestations santé à l'adhérent ». Le périmètre de cette certification intègre aussi le processus de demande d'information et le processus de réclamation.

Cette norme s'appuie, en outre, sur 3 grandes catégories d'indicateurs : la qualité, les délais et la satisfaction. Le respect de ces indicateurs est essentiel pour maintenir la performance de notre modèle mutualiste.

La satisfaction clients est un critère majeur de la certification et a toujours été au centre de nos attentions. La MNT réalise, depuis 2015, un **baromètre annuel de satisfaction** sur un échantillon représentatif de ses adhérents (800 en santé et 400 en maintien de salaire). **En 2022, sur le panel d'adhérents en santé 92% se sont déclarés satisfaits de la rapidité de nos délais de remboursement.** Ces éléments sont encourageants pour la poursuite de notre démarche et nous inspirent pour la continuité de nos axes d'amélioration au service des adhérents.

La certification **ISO 9001 a été attribuée en juin 2020 et renouvelée en 2023** et déployée sur les 4 sites suivants :

- Paris pour le pilotage du système qualité,
- Villeneuve d'Ascq et Villeurbanne pour les activités de paiement des prestations
- Bordeaux pour la relation à l'adhérent.

Voici quelques indicateurs du baromètre satisfaction 2023 qui démontrent

la bonne qualité de notre gestion :

(un indicateur qualité compris entre 8 et 10/10 est qualifié « d'excellent »)

Évaluation de la qualité du dernier contact avec un interlocuteur MNT en fonction des éléments suivants :	Évaluation de la satisfaction Santé	Évaluation de la satisfaction Maintien de Salaire
• L'amabilité de votre interlocuteur : 9,2 • Le délai de réponse : 8,49 • La qualité de la réponse apportée : 8,3 • L'attention portée à la demande : 8,9 • La connaissance de la situation par le conseiller : 8,3	• La satisfaction globale : 8,9 • Les informations disponibles sur leur garantie : 7,6 • Le délai des remboursements : 8,3 • Pour l'espace adhérent : 8,1	• La satisfaction globale : 8,5 • Le délai de paiement des ouvertures de droits : 8,2 • Le délai de paiement des compléments de dossier : 8,0 • La qualité de service des bénéficiaires : 8,3 • Pour l'espace adhérent : 8,2

Information des Assurés

L'Assureur propose en annexe les documents d'information et de conseil aux agents :	
Plaquette de présentation des garanties d'assurance et des taux de cotisation :	L'assureur propose en annexe un projet de plaquette de présentation qui sera validée par le Souscripteur.
Notice d'information du contrat, élaboré sur la base des conditions particulières et des conventions spéciales :	L'assureur propose en annexe un projet de notice d'information qui sera validée par le Souscripteur.

Services de tiers-payant et réseaux de soins

Service de tiers-payant. L'Assureur met à la disposition des Assurés un service de tiers-payant :

Tableau de l'étendue du réseau de tiers-payant A COMPLETER PAR L'ASSUREUR	
	Nombre de professionnels de santé du département
Centres de santé, établissements de soins (hôpitaux, cliniques,...)	30
Chirurgiens-dentistes	44
Infirmiers	538
Laboratoires	25
Masseurs-kinésithérapeutes	210
Médecins généralistes	221
Médecins spécialistes	102
Opticiens	89
Orthophonistes	44
Orthoptistes	5
Pédicures	20
Pharmaciens	166
Sages-femmes	20
Transports sanitaires	150
Total :	1 664

L'Assureur renseigne les caractéristiques du gestionnaire (concentrateur) du réseau de tiers-payant :

Date de contractualisation avec cette société :	...
Raison sociale du concentrateur :	MNT
SIRET n° :	775 678 584 03070
Adresse du siège social :	4 rue d'Athènes 75009 Paris
Actionnaires :	...
Chiffres d'affaires :	
2023 :	736,7 M €
2022 :	708,0 M €
2021 :	691,1 M €

La MNT, assureur et gestionnaire de vos prestations, possède son propre réseau de tiers payant.

Le tiers payant permet à vos agents de ne pas avancer les frais pour leurs dépenses de santé, sur présentation de la carte mutuelle de tiers payant. La MNT a son propre réseau de tiers payant avec près de 430 000 professionnels de santé (Hôpitaux/cliniques, radiologues, opticiens, pharmacies, laboratoires, dentistes, sages femmes).

Dès que l'adhésion de l'agent est validée, la carte de tiers-payant est envoyée à chacun de vos agents dans un **délai de 72 heures** en double exemplaire. La MNT accepte globalement le tiers payant à tous les Professionnels de Santé qui souhaitent le pratiquer via un centre de gestion dédié. En optique et en audio, nous proposons le tiers payant sur le panier de soins 100% santé, y compris avec les opticiens et audioprothésistes hors réseau Kalixia.

Réseaux de soins. L'Assureur met à la disposition des Assurés des **réseaux de soins** :

En adhérant à la MNT, vos agents vont bénéficier de trois réseaux :

- Le **réseau de soins Kalixia** pour leur garantir une qualité de service et un tarif négocié ;
- Le **réseau VYV³** au service des personnes tout au long de la vie ;
- Les **Services de Soins et d'Accompagnement Mutualistes de la Mutualité Française (SSAM)** proposant une gamme complète de soins de qualité à des tarifs raisonnables sur tout le territoire.

Le réseau KALIXIA

Afin de favoriser l'accès aux soins pour tous, nous vous proposons de bénéficier des nombreux avantages de notre réseau de 20 000 professionnels partenaires en Optique, Audio, Dentaire et Ostéo. Grâce à Kalixia, premier réseau de soins en France qui profite à plus de **15 millions de personnes**, vos agents accéderont à des prestations et services de qualité à des tarifs négociés pour limiter leur reste à charge.

Les + du réseau Kalixia



UN MAILLAGE TERRITORIAL FORT

Avec **plus de 6 600 centres optiques**, **plus de 4 950 centres audio** partenaires et près de **500 ostéopathes** partenaires, vos agents trouveront un professionnel de santé près de chez eux !



UNE QUALITÉ CERTIFIÉE

Vos agents bénéficient d'équipements et de prestations de qualité, intégrant la réforme 100% Santé. Les professionnels partenaires respectent une charte qualité.



UN TIERS PAYANT SYSTÉMATIQUE

Vos agents n'avancent pas les frais. Le tiers-payant s'applique systématiquement chez l'ensemble des partenaires en optique, audio et dentaire.

UN ACCES RAPIDE AUX PROFESSIONNELS DU RESEAU KALIXIA

Il est possible de localiser, en quelques clics, les professionnels partenaires à partir d'une adresse ou d'un code postal. Pour cela, chaque adhérent peut se rendre sur son espace adhérent.



Le réseau de soins VYV³

La MNT est un acteur engagé dans la construction d'une société plus équitable et socialement responsable. VYV³, pilote de la stratégie du groupe VYV concernant l'offre de soins et de services délivrés à travers les activités sanitaires et médico-sociales, a pour mission de créer de nouveaux services et de nouvelles activités en matière de parcours de soins.

Les mutuelles du Groupe VYV se sont toujours mobilisées dans la création et le développement d'établissements et services ouverts à tous afin de favoriser l'accès aux soins au plus grand nombre. A travers VYV³, elles investissent une partie de leur résultat dans le développement mais aussi dans l'innovation d'offre de soins et de services. Cette action permet de proposer des services spécifiques à destination des publics fragiles : les enfants, les personnes âgées et les personnes en situation de handicap (hébergements adaptés), des structures de garde pour les enfants de moins de 3 ans, des services de soins et d'accompagnement au domicile...

Pour vos agents, VYV³ offre deux avantages clés :

- La garantie de la pratique du tiers payant et de tarifs opposables ou maîtrisés ;
- La limitation du reste à charge des adhérents et le développement de services, de prévention et de conseil.

VYV³ en chiffres :

1 800 Etablissements et services	1 700 élus	3 pôles d'activité	2,58 milliard d'€ de CA	36 000 collaborateurs
Produits et services	Soins	Accompagnement spécifique de personnes fragiles		
Santé visuelle, santé auditive, matériel médical, transport sanitaire, funéraire, pharmacie • 319 magasins Les Opticiens Mutualistes • 199 centres d'audition mutualistes • 70 agences de distribution de matériel médical • 31 agences de transport sanitaire • 150 agences funéraires • 14 pharmacies	Médecine chirurgie obstétrique, soins de suite et de réadaptation, santé dentaire, santé mentale, centre de santé • 15 cliniques de médecine chirurgie obstétrique (MCO) • 31 établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) • 148 centres de santé dentaire mutualistes • 13 établissements de santé mentale • 13 centres de santé (soins de premier recours)	Personnes âgées : permettre le maintien à domicile et accompagner la grande dépendance Personnes handicapées : Accompagner l'insertion en milieu ouvert et promouvoir l'inclusion Enfance et famille : Répondre aux besoins des familles pour l'accueil des jeunes enfants et accompagner et prendre en charge le handicap de l'enfant • 120 établissements et services pour l'accueil d'enfants • 170 établissements et services pour personnes handicapées • 219 établissements et services pour accompagner les personnes âgées • 101 services de soins et d'aide à domicile		

Les Services de Soins et d'Accompagnement Mutualistes de la Mutualité Française

Présents sur tout le territoire français, les Services de Soins et d'Accompagnement Mutualistes de la Mutualité Française permettent de proposer aux agents une gamme complète de soins et de produits de qualité à des tarifs raisonnables (**pas de dépassement d'honoraire**), ce qui favorise également la maîtrise des dépenses de santé.

15 000 professionnels repartis sur les structures suivantes :



- **750** magasins d'optique
- **464** centres dentaires
- **420** centres d'audition
- **79** établissements d'hospitalisation
- **46** pharmacies
- **59** centres médicaux et polyvalents
- **28** centres infirmiers
- **608** établissements et services médicaux sociaux pour personnes âgées et en situation de handicap
- **240** établissements et services pour la petite enfance
- **93** établissements initiatives sociales (logements pour jeunes, logements intermédiaires pour personnes âgées autonomes...)

L'ensemble des professionnels sont répertoriés par spécialité et zone géographique sur le site

www.mutualite.fr

Tableau de l'étendue du service de réseaux de soins				
A COMPLETER PAR L'ASSUREUR				
	Réseau	Type de réseau	Si oui, raison sociale du réseau	<u>Nombre de professionnels de santé du département</u>
Centres de santé	☒ Oui ☐ Non	☐ Ouvert ☒ Fermé	VYV3 SSAM	NC 1
Opticiens	☒ Oui ☐ Non	☒ Ouvert ☐ Fermé	KALIXIA VYV3 SSAM	38 NC 4
Audioprothésistes	☒ Oui ☐ Non	☒ Ouvert ☐ Fermé	KALIXIA VYV3 SSAM	21 NC 3
Chirurgiens-dentistes	☒ Oui ☐ Non	☒ Ouvert ☐ Fermé	KALIXIA SSAM VYV3	1 1 NC
Centres dentaires	☒ Oui ☐ Non	☒ Ouvert ☐ Fermé	KALIXIA VYV3 SSAM	1 NC 4
Ostéopathe	☒ Oui ☐ Non	☒ Ouvert ☐ Fermé	KALIXIA	NC
Pédicures & podologues	☐ Oui ☒ Non	☐ Ouvert ☐ Fermé	...	...
Diététiciens	☐ Oui ☒ Non	☐ Ouvert ☒ Fermé	...	...
Chiropracteurs	☐ Oui ☒ Non	☐ Ouvert ☐ Fermé	...	...
Psychologues	☒ Oui ☐ Non	☐ Ouvert ☒ Fermé	VYV3	NC
Total :				74

Tableau de l'étendue du service de réseaux de soins A COMPLETER PAR L'ASSUREUR				
	Réseau	Type de réseau	Si oui, raison sociale du réseau	<u>Nombre de professionnels de santé du département</u>
Légende : Réseau ouvert : les professionnels de santé peuvent adhérer librement et s'engagent à respecter les critères économiques et qualitatifs du réseau de soins concerné. Réseau fermé : les professionnels de santé sont agréés par la société gestionnaire du réseau de soins, et s'engagent à respecter les critères économiques et qualitatifs du réseau de soins concerné.				

Les Assurés bénéficient de la liberté de choix des professionnels de santé, l'Assureur ne pouvant imposer un réseau particulier, et ce sans incidence sur les délais ou montants de remboursements.

L'Assureur renseigne les caractéristiques du gestionnaire (ou des gestionnaires) du réseau de soins :	
Raison sociale du gestionnaire n°1	VYV 3
Date de contractualisation avec cette société :	13/09/2017, création Groupe VYV
SIRET n° :	442 467 940 00072
Adresse du siège social :	62 rue Jeanne d'Arc 75013 Paris
Actionnaires :	Harmonie Mutuelle, MGEN
Chiffres d'affaires :	
2023 :	2,58 mds €
2022 :	2,47 mds €
2021 :	2,2 mds €
Raison sociale du gestionnaire n°2	KALIXIA
Date de contractualisation avec cette société :	03/2018
SIRET n° :	50962655200020
Adresse du siège social :	122 rue de Javel 75015 Paris
Actionnaires :	VYV, Malakoff Médéric
Chiffres d'affaires :	
2023 :	6,63 M€
2022 :	6,4 M€
2021 :	6,8 M€

Commune de Niort
CCAS de Niort
Communauté d'agglomération du Niortais

Contrat collectif d'assurance santé

Conventions spéciales

[Contenu](#)

1	Objet de l'assurance	2
2	Cotisations	2
3	Conditions de l'adhésion	2
3.1	Modalités de l'adhésion	2
3.2	Durée de l'adhésion	2
3.3	Information des Assurés.....	3
3.4	Cessation de l'adhésion.....	3
4	Garanties délivrées par l'Assureur	3
4.1	Contrat solidaire	3
4.2	Principes de solidarité applicables aux garanties complémentaires.....	3
4.3	Contrat responsable	3
4.4	Contrat à couverture minimale obligatoire.....	6
4.5	Définition des garanties	6
5	Dispositif de maintien et de renfort des garanties	9
5.1	Maintien des garanties en cas d'indemnisation par le régime d'assurance chômage	9
5.2	Maintien des garanties en cas de changement d'employeur (portabilité)	9
5.3	Maintien des garanties en cas de suspension de l'activité ou du contrat de travail	10
5.4	Maintien des garanties selon les situations des Assurés	10
5.5	Maintien des prestations en cas de non-renouvellement ou résiliation du contrat ou de l'adhésion	10
6	Dispositions diverses	10
6.1	Réticence ou fausse déclaration.....	10
6.2	Omission ou déclaration inexacte	11

1 Objet de l'assurance

Le contrat a pour objet de garantir aux Assurés et à leurs Ayants-droit le versement de prestations de santé en relais et en complément de leur protection sociale de base. Les garanties accordées par l'Assureur portent sur le remboursement des frais :

- D'hospitalisation, y compris la maternité,
- D'achat de médicaments et d'appareillages,
- De soins de ville,
- De soins et de biens liés à l'optique,
- De soins et de biens dentaires,
- De prestations d'assistance.

A ces frais sont versés des allocations selon la réalisation d'événements.

2 Cotisations

Les cotisations sont déterminées aux conditions particulières du contrat. Elles ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé, de la nature de l'emploi, et du sexe de l'Assuré.

Les cotisations des familles les plus nombreuses ne peuvent excéder celles prévues pour les familles comprenant trois enfants.

Le rapport entre la cotisation hors participation due par l'Assuré âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation due par l'Assuré âgé de plus de trente ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques, et pour une option de garanties comparable, compte non tenu de la majoration de cotisation pour adhésion tardive de l'Assuré.

La cotisation est majorée d'un coefficient qui tient compte de l'âge de l'Assuré, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation sous la forme de label ou d'une convention.

- Ce coefficient est appliqué lorsque l'adhésion de l'Assuré est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique, ou est postérieure au 10 novembre 2013 pour les agents en fonction à la date de publication du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011.
- La cotisation est majorée d'un coefficient égal à 2 % par année, pour toute année non cotisée par l'Assuré à une garantie de référence santé, objet d'un label ou d'une convention de participation, et postérieure à l'âge de trente ans de celui-ci, depuis la date la plus récente entre le 10 novembre 2011 et sa date d'entrée dans la fonction publique, ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence.
- Le coefficient de majoration calculé est, le cas échéant, additionné au coefficient de majoration transmis à l'Assureur auprès duquel l'Assuré souhaite adhérer au présent contrat.
- Les périodes antérieures au 10 novembre 2011 ne font pas l'objet de majoration.

3 Conditions de l'adhésion

3.1 Modalités de l'adhésion

L'adhésion des Assurés est facultative.

L'Assuré peut adhérer à tout âge. Aucune information médicale ne peut être recueillie par l'Assureur.

L'Assuré choisit l'un des niveaux prévus au tableau des garanties des conditions particulières. Il peut changer de niveau en cas d'adhésion préalable à un niveau depuis au moins une année.

Par application de l'article 6 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, l'Assureur ne peut refuser de maintenir aux Assurés le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Les Assurés sont ceux qui sont affiliés au contrat collectif tant que ceux-ci le souhaitent, sans réduction des garanties souscrites, aux conditions tarifaires du contrat. L'Assureur ne peut ultérieurement augmenter le tarif d'un Assuré en se fondant sur l'évolution de l'état de santé de celui-ci.

3.2 Durée de l'adhésion

L'adhésion est annuelle. Elle est tacitement reconduite chaque année, à la date d'échéance du contrat, et peut être résiliée selon les modalités indiquées aux conditions particulières.

3.3 Information des Assurés

Par application de l'**article 12 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989** renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, l'Employeur est tenu de remettre aux Assurés une notice d'information détaillée qui définit notamment les garanties prévues par le présent contrat et ses modalités d'application. Lorsque des modifications contractuelles sont apportées, l'Employeur doit communiquer la nouvelle version de la notice d'information trois mois au minimum avant la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

L'Assuré peut résilier son adhésion à réception de cette nouvelle version de la notice d'information en raison de ces modifications, moyennant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à l'Assureur. La résiliation prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de la demande de résiliation par l'Assureur.

3.4 Cessation de l'adhésion

Les garanties cessent de produire leur effet :

- A la date à laquelle l'Assuré cesse de bénéficier de la qualité d'agent, sauf dans le cas où celui-ci atteint l'âge minimum de départ en retraite,
- A la date à laquelle l'Assuré n'est plus dans l'effectif de l'employeur, sauf dans le cas où celui-ci atteint l'âge minimum de départ en retraite,
- En cas de non-paiement de la cotisation par l'Assuré,
- A la date d'effet de la résiliation ou de la renonciation de l'adhésion par l'Assuré,
- A la date d'effet de la résiliation du contrat par le Souscripteur.

4 Garanties délivrées par l'Assureur

4.1 Contrat solidaire

L'Assuré peut adhérer à tout âge. Aucune information médicale ne peut être recueillie par l'Assureur. Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé, de la nature de l'emploi, et du sexe de l'Assuré.

4.2 Principes de solidarité applicables aux garanties complémentaires

Par application des **articles 27 à 29 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011** relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, les principes de solidarité sont applicables aux garanties du présent contrat.

4.3 Contrat responsable

Les garanties respectent les dispositions relatives au contrat responsable défini à l'article L 871-1 du code de la sécurité sociale. A ce titre :

- Les garanties comprennent la **prise en charge des consultations et des prestations prévues par l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale**, c'est-à-dire :
 - De l'intégralité de la **participation des assurés** définie à l'article R. 160-5 du code de la Sécurité sociale. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article ;
 - Des **dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité,
 - Des **dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale** à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :
 - à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article.
 - dans le respect des limites ci-dessous, si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement

prévoit une couverture des frais exposés par l'assuré en sus de la participation mentionnée au 1° pour l'acquisition d'équipements composés de verres et montures appartenant à une classe prévue à l'article L. 165-1 autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée :

- a. Au minimum à 50 euros et au maximum à 420 euros dans les cas suivants :
 - par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
 - par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;
- b. Au minimum à 125 euros et au maximum à 560 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;
- c. Au minimum à 200 euros et au maximum à 700 euros dans les cas suivants :
 - par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
 - par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
 - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -8,00 et + 8,00 dioptries ;
 - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;
 - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;
- d. d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;
- e. Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;
- f. Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros dans les cas suivants :
 - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ;
 - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

- Lorsque l'équipement est composé de verres différents appartenant à une même catégorie a), c) ou f) définies ci-dessus, les montants minimum et maximum de prise en charge des frais exposés par l'assuré pour l'équipement sont ceux afférents à cette catégorie.
- Lorsque l'équipement est composé de verres appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée et d'une monture appartenant à une classe à prise en charge renforcée, les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessus s'appliquent à la prise en charge des frais exposés par l'assuré pour l'équipement.
- Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture est limitée à 100 euros.
- Les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessus incluent la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation des assurés mentionnée au 1° pour l'acquisition de l'équipement.
- Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.
- Des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'**aides auditives** dans les conditions suivantes :
 - A hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ;
 - Au minimum à hauteur de la participation mentionnée au 1° et au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.
 - Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans dans les conditions précisées dans la liste prévue à l'article L. 165-1.
- Des **frais de soins dentaires prothétiques** exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L 162-9 du code de la Sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L 162-14-2 du code de la Sécurité sociale pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques,
- Du **forfait journalier** des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale, sans limitation de durée.
- De l'intégralité de la participation de l'Assuré au sens du I de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaire au regard d'objectifs de santé publique, et proposées par l'Assureur. Ces **prestations de prévention**, définies par l'arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code, sont :
 - Le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire,
 - Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12),
 - Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24),

à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans,

- Le dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351),
 - Le dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale (CDQP010), audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015), audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011), audiométrie tonale et vocale (CDQP012), audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
 - L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire. Sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la Sécurité sociale, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
 - Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : diphtérie, tétanos et poliomyélite à tous âges, coqueluche avant 14 ans, hépatite B avant 14 ans, BCG avant 6 ans, rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, haemophilus influenzae B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.
- Les **garanties ne couvrent pas** :
- La **participation forfaitaire** mentionnée au II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale,
 - La **franchise annuelle** mentionnée au III de l'article L 160-13 du code de la Sécurité sociale,
 - La prise en charge de la **majoration de participation** prévue à l'article L 162-5-3 du code de la Sécurité sociale,
 - La prise en charge des **dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques** pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.
- Les **frais de gestion du contrat sont obligatoirement communiqués par l'Assureur**, de manière lisible, dans le rapport adressé annuellement au Souscripteur en application de l'article 3 du décret n°90-769 du 30 août 1990.

4.4 Contrat à couverture minimale obligatoire

Les garanties respectent les dispositions relatives à la couverture minimale précisée à l'article L 911-7 du code de la sécurité sociale. A ce titre, le contrat prend en charge, sur la base de l'article D 911-1 du code de la Sécurité sociale :

- La participation de l'Assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations des organismes de Sécurité sociale, prévue au I de l'article L 160-13 du code de la Sécurité sociale,
- Le forfait journalier de l'article L 174-4 du code de la Sécurité sociale,
- Les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement.

4.5 Définition des garanties

Le présent contrat a pour objet le service de prestations à l'occasion de frais médicaux ou d'hospitalisation exposés par les Bénéficiaires, en complément des remboursements préalables de l'assurance maladie ou maternité, sous réserve des exclusions et du respect des dispositions des contrats solidaires et responsable.

Dérogent à ce principe de participation préalable de l'Assurance maladie, divers soins, actes, appareillages et fournitures qui justifient d'un remboursement de l'Assureur en raison de leur nécessité ou de leur apport reconnu à la protection de la santé.

Le montant des prestations servies par l'Assureur ne peut excéder les frais réellement engagés par les Bénéficiaires, sous déduction des remboursements versés par l'Assurance maladie et tout autre organisme complémentaire.

Les garanties sont exprimées en référence aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie.

En fonction de l'option choisie par l'Assuré, les prestations de l'Assureur sont déterminées selon diverses références, c'est-à-dire soit sous la forme d'un pourcentage du tarif de base servant au calcul de remboursement de l'Assurance maladie, soit sous la forme de forfait annuel, en complément ou non du remboursement de la l'Assureur et de l'Assurance maladie.

Les remboursements de l'Assureur s'inscrivent dans le respect du parcours de soins. En tout état de cause, la majoration de participation imposée par l'Assurance maladie pour des actes hors parcours de soins reste à la charge de l'Assuré selon les dispositions prévues par la réglementation. Les honoraires facturés par un médecin non conventionné sont remboursés par l'Assureur sur la base du tarif de responsabilité du médecin généraliste conventionné, applicable au jour de l'acte, et non sur le tarif d'autorité de l'Assurance maladie.

Les garanties accordées par l'Assureur sont :

Les frais liés à une hospitalisation :

Chambre particulière. Prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle. Les frais sont pris en charge par l'Assureur selon un forfait journalier et une limite de durée indiqués dans le tableau des garanties.

Forfait journalier. Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Le forfait journalier est accordée par l'Assureur sans limitation de durée, et quel que soit l'établissement à l'origine de la facturation.

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 : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas....

Frais d'accompagnant. 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. L'Assureur intervient pour l'accompagnement d'un enfant hospitalisé en qualité d'ayant droit, au premier jour de son hospitalisation. Ces frais sont pris en charge par l'Assureur selon un forfait journalier et une limite de durée indiqués dans le tableau des garanties.

Soins thermaux. Frais de soins avec hospitalisation, frais d'honoraires médicaux, frais d'hydrothérapie et frais d'hébergement et de transport, sur prescription pour traiter certaines affections. Ces frais sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

Les frais liés à des soins ou l'achat de biens médicaux :

Consultations. Honoraires pour examen d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste. Ces frais et honoraires sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties.

Participation forfaitaire de 18 €. Frais à la charge de l'Assuré 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 les Pouvoirs Publics, ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 50 €. Ces frais et honoraires sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties.

Actes techniques médicaux et autres actes. Actes techniques médicaux, actes de chirurgie, d'obstétrique, d'anesthésie, d'imagerie médicale - radiologie, d'échographie, frais d'anatomo-cyto-pathologie, et ensemble des autres actes.

Auxiliaires médicaux. Frais et honoraires des professionnels paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues...) dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire. Ces frais et honoraires sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties.

Médicaments. Les médicaments disponibles en pharmacie sont classés en différentes catégories correspondant à des niveaux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

- Les médicaments sont remboursés par l'Assureur dans la limite des taux indiqués dans le tableau des garanties,

- Les vaccins sont des médicaments injectables qui jouent un rôle dans la prévention et la protection contre de nombreuses maladies infectieuses. Les frais d'achat des vaccins sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties.

Médecine douce. Il s'agit de l'acupuncture, la chiropractie, la diététique, l'étiopathie, l'hypno-thérapie, la mésothérapie, la micro-kinésithérapie, l'ostéopathie, les soins pédicures et podologues, la réflexologie, la psychothérapie, le recours aux psychologues, psychomotriciens et aux reflexologues. Les honoraires sont pris en charge par l'Assureur selon les forfaits indiqués dans le tableau des garanties, et selon l'option choisie par l'Assuré. Les forfaits sont accordés pour une année civile pour un nombre de séances défini à l'option souscrite par l'Assuré. Il est versé sur présentation d'une facture acquittée qui précise le nom et le prénom du bénéficiaire et la date de la séance.

Appareillage. Prix des biens médicaux figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie obligatoire. Les frais d'achat sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement, éventuellement complétés d'un forfait, indiqués dans le tableau des garanties, et selon l'option choisie par l'Assuré. L'Assureur intervient, pour ces biens inscrits sur la LPP, selon la nomenclature de l'Assurance maladie et pour :

- Les produits pour traitement, aides à la vie, aliments et pansements (Titre 1),
- Les orthèses et prothèses externes (Titre 2),
- Les implants et greffons tissulaires d'origine humains (Titre 3),
- Les véhicules pour handicapés physiques (Titre 4).

Biologie médicale – analyses et examens de laboratoires. Frais des examens (prélèvements, analyses...), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale. Ces frais sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties.

Les frais de soins et de prothèses dentaires :

Soins dentaires. Ensemble des actes du chirurgien-dentiste qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels. Ces honoraires sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties.

Orthodontie. Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes qui vise à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires, grâce à des appareils dentaires. Les honoraires et frais sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

Parodontologie. Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os...). Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus et donne lieu à différents actes. Les honoraires et frais sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

Prothèses dentaires. Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :

- Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue artificiellement la partie visible de la dent pour la protéger. Une couronne qui porte sur plusieurs dents est appelé un « bridge »,
- Les prothèses amovibles qui sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents.
- Les inlays et onlays. Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Les honoraires et frais sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

Les honoraires et frais sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

Implantologie. Technique visant à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou

des racines artificielles dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles est fixée une prothèse. Les honoraires et frais sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

Les frais d'optique :

Lunettes. Les lunettes sont composées d'une monture et de verres. Elles permettent de corriger la plupart des problèmes de vue (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie et aphakie). Le prix des verres varie selon le type de correction (verres uni-focaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et le traitement appliqués aux verres (verres amincis, traitement antireflets ou anti-rayures, verres incassables...). Les frais sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

Lentilles. Verres correcteurs posés sur la cornée. Les frais sont pris en charge par l'Assureur selon les forfaits indiqués dans le tableau des garanties, et selon l'option choisie par l'Assuré. Les honoraires et frais sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

Chirurgie réfractive. Frais de remboursement des différentes techniques chirurgicales (notamment opération de la myopie au laser), qui permettent de corriger les défauts visuels. Les honoraires et frais sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

5 Dispositif de maintien et de renfort des garanties

5.1 Maintien des garanties en cas d'indemnisation par le régime d'assurance chômage

En fonction du statut des Assurés, ceux-ci et leurs Ayants-droits bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

- Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois,
- Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez l'Employeur,
- Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur chez l'Employeur,
- L'Assuré justifie auprès de l'Assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions de sa situation,
- L'Employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'Assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée en amont.

5.2 Maintien des garanties en cas de changement d'employeur (portabilité)

Cas de l'article L 5111-7 du code général des collectivités locales.

Si les Assurés changent d'employeur en application d'une réorganisation, le nouvel employeur est substitué de plein droit à l'ancien pour la convention de participation et le présent contrat collectif d'assurance conclus par ce dernier avec l'Assureur. La convention et le contrat sont exécutés dans les conditions antérieures jusqu'à leur échéance, sauf accord contraire entre le nouvel employeur, l'ancien employeur et l'Assureur. Ceux-ci peuvent convenir d'une échéance de la convention du contrat, antérieures à celles stipulées, dans le but d'harmoniser le régime des participations applicables aux agents. L'Assureur est informé de la substitution de personne morale par le nouvel employeur. La substitution de personne morale à la convention et au contrat n'entraîne aucun droit à résiliation ou à indemnisation pour l'Assureur.

Autre cas.

En cas de départ de l'Assuré de l'effectif de l'Employeur, pour une cause autre qu'un départ en retraite pour lequel les garanties restent acquises, l'Assureur ne peut refuser de maintenir les garanties à l'Assuré qui en fait la demande, et sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration. Le maintien des garanties par l'Assureur s'effectue sans réduction de celles-ci, ni révision des taux de

cotisation. La demande de maintien des garanties doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de départ de l'Assuré.

5.3 Maintien des garanties en cas de suspension de l'activité ou du contrat de travail

Cas 1 : maintien obligatoire des garanties. Cas des suspensions rémunérées ou indemnisées.

Le bénéfice des garanties du présent contrat est maintenu au profit des Assurés, et de leurs ayants-droit, dont l'activité ou le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- *d'un maintien, total ou partiel, de salaire,*
- *d'indemnités journalières complémentaires* financées au moins pour partie par l'Employeur, versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- *d'un revenu de remplacement versé par l'Employeur.* Ce cas concerne notamment les Assurés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi qu'en période de congé rémunéré par l'Employeur (reclassement, mobilité...).

Dans ce cas, l'Employeur et l'Assuré continuent de s'acquitter du versement de la part de cotisation qui leur incombe pendant toute la durée de la suspension de l'activité ou du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Cette cotisation est calculée sur la base de la rémunération ou de l'indemnisation soumise aux cotisations de Sécurité sociale.

Cas 2 : maintien facultative des garanties. Cas des suspensions non rémunérées ou non indemnisées.

Les Assurés dont l'activité ou le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire, ni de perception d'indemnités journalières (par exemple les Assurés en congé sans solde, congé de présence parentale, congé de proche aidant, congé de solidarité familiale, congé parental, congé sabbatique...) continuent de bénéficier des garanties d'assurance, sous réserve de s'acquitter, pendant toute la durée de la suspension de l'activité ou du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée, de l'intégralité de la cotisation due (part Employeur et part Assuré) calculée sur la base du salaire des 12 derniers mois civils précédant cette suspension.

5.4 Maintien des garanties selon les situations des Assurés

Les garanties sont maintenues, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit :

- Des personnes bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée.
- Des personnes garanties du chef de l'Assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès auprès de l'Assureur. La garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

5.5 Maintien des prestations en cas de non-renouvellement ou résiliation du contrat ou de l'adhésion

Par application de l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat. De telles révisions ne peuvent être prévues à raison de la seule résiliation ou du seul non-renouvellement. L'engagement doit être couvert à tout moment par des provisions représentées par des actifs équivalents de l'Assureur.

6 Dispositions diverses

6.1 Réticence ou fausse déclaration

Les garanties accordées aux Assurés par l'Assureur sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

6.2 Omission ou déclaration inexacte

L'omission ou la déclaration inexacte de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité des garanties.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, l'Assureur a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Assuré. A défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin le premier jour du mois qui suit la date de la notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée. L'Assureur restitue à l'Assuré la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux de la cotisation payée par l'Assuré par rapport au taux de cotisation qui aurait été due, si les risques avaient été exactement déclarés.

Commune de Niort -CCAS de Niort - Communauté d'agglomération du Niortais								
Annexe 2 aux conditions particulières								
PREVISIONNEL								
PREVISIONNEL D'ADHESION								
Article 1 de l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux critères de choix des collectivités territoriales et des établissements publics en relevant dans le cas d'une convention de participation (NOR: COTB1118924).								
Effectif agents actifs :	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Année 6		
	1950	1950	1950	1950	1950	1950		
Hypothèse 1 : adhésion totale								
Adhérents (nombre d'agents actifs) :	1950	1950	1950	1950	1950	1950		
dont adhérents actifs < 30 ans	170	170	170	170	170	170		
dont adhérents actifs de 30 ans à 40 ans	306	306	306	306	306	306		
dont adhérents actifs de 40 ans à 50 ans	519	519	519	519	519	519		
dont adhérents actifs de plus de 50 ans	955	955	955	955	955	955		
Taux d'adhésion actifs :	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%		
Personnes protégées (avec adhérents) :	5216	5216	5216	5216	5216	5216		
dont enfants	1694	1694	1694	1694	1694	1694		
dont actifs < 30 ans	196	196	196	196	196	196		
dont actifs de 30 ans à 40 ans	511	511	511	511	511	511		
dont actifs de 40 ans à 50 ans	846	846	846	846	846	846		
dont actifs de plus de 50 ans	1528	1528	1528	1528	1528	1528		
dont retraités	441	441	441	441	441	441		
Hypothèse 2 : adhésion partielle								
Adhérents actifs (nombre) :	1170	1365	1365	1365	1365	1365		
Taux d'adhésion actifs :	60,00%	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%	70,00%		
Adhérents retraités (nombre) :	29	29	29	29	29	29		
COMPTE DE RESULTAT SOLIDAIRE : TRANSFERTS INTERGENERATIONNELS								
Article 2 de l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux critères de choix des collectivités territoriales et des établissements publics en relevant dans le cas d'une convention de participation (NOR: COTB1118924).								
Exercice de survenance	Sens	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	TOTAL	
Hypothèse 1 : adhésion totale								
Prestations	+	489 015 €	499 227 €	509 791 €	516 293 €	522 891 €	2 537 217 €	
Provisions	+	1 852 €	1 907 €	1 964 €	1 964 €	1 964 €	9 652 €	
Frais de gestion	+	8 416 €	8 669 €	8 929 €	8 929 €	8 929 €	43 871 €	
Cotisations hors taxes	-	70 135 €	72 239 €	74 406 €	74 406 €	74 406 €	365 592 €	
Résultat		429 147 €	437 564 €	446 278 €	452 780 €	459 378 €	2 225 147 €	
Degré de solidarité	R/C	611,89%	605,72%	599,79%	608,52%	617,39%	608,64%	
Taux de frais de gestion	F/PP	1,71%	1,73%	1,74%	1,72%	1,70%	1,72%	
Nombre de retraités		294	294	294	294	294		
Hypothèse 2 : adhésion partielle								
Prestations	+	55 317 €	57 352 €	59 072 €	59 072 €	59 072 €	289 886 €	
Provisions	+	185 €	191 €	196 €	196 €	196 €	965 €	
Frais de gestion	+	842 €	867 €	893 €	893 €	893 €	4 387 €	
Cotisations hors taxes	-	7 013 €	7 224 €	7 441 €	7 441 €	7 441 €	36 559 €	
Résultat		49 330 €	51 186 €	52 721 €	52 721 €	52 721 €	258 679 €	
Degré de solidarité	R/C	703,36%	708,56%	708,56%	708,56%	708,56%	707,56%	
Taux de frais de gestion	F/PP	1,52%	1,51%	1,51%	1,51%	1,51%	0,015083687	
Nombre de retraités		29	29	29	29	29		
COMPTE DE RESULTAT SOLIDAIRE : TRANSFERTS FAMILIAUX								
Article 2 de l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux critères de choix des collectivités territoriales et des établissements publics en relevant dans le cas d'une convention de participation (NOR: COTB1118924).								
Exercice de survenance	Sens	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	TOTAL	
Hypothèse 1 : adhésion totale								
Prestations	+	513 641 €	524 385 €	535 496 €	542 302 €	549 209 €	2 665 033 €	
Provisions	+	1 616 €	1 664 €	1 714 €	1 714 €	1 714 €	8 422 €	
Frais de gestion	+	7 344 €	7 565 €	7 792 €	7 792 €	7 792 €	38 284 €	
Cotisations hors taxes	-	61 203 €	63 039 €	64 930 €	64 930 €	64 930 €	319 033 €	
Résultat		461 398 €	470 574 €	480 072 €	486 878 €	493 785 €	2 392 707 €	
Degré de solidarité	R/C	753,88%	746,48%	739,37%	749,85%	760,48%	749,99%	
Taux de frais de gestion	F/PP	1,43%	1,44%	1,45%	1,43%	1,41%	1,43%	
Nombre d'ayants-droits		2 972	2 972	2 972	2 972	2 972		
Hypothèse 2 : adhésion partielle								
Prestations	+	339 674 €	410 472 €	422 786 €	422 786 €	422 786 €	2 018 503 €	
Provisions	+	726 €	864 €	890 €	890 €	890 €	4 259 €	
Frais de gestion	+	3 299 €	3 926 €	4 044 €	4 044 €	4 044 €	19 359 €	
Cotisations hors taxes	-	27 493 €	32 721 €	33 702 €	33 702 €	33 702 €	161 321 €	
Résultat		316 206 €	382 541 €	394 017 €	394 017 €	394 017 €	1 880 799 €	
Degré de solidarité	R/C	1150,12%	1169,11%	1169,11%	1169,11%	1169,11%	1165,87%	
Taux de frais de gestion	F/PP	0,97%	0,95%	0,95%	0,95%	0,95%	0,96%	
Nombre d'ayants-droits		1 679	1 955	1 955	1 955	1 955		
COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL GLOBAL								
Article 1 de l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux critères de choix des collectivités territoriales et des établissements publics en relevant dans le cas d'une convention de participation (NOR: COTB1118924).								
Exercice de survenance	Sens	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Année 6	TOTAL
Hypothèse 1 : adhésion totale								
Cotisations hors taxes	+	2 817 318 €	2 901 837 €	2 988 892 €	2 988 892 €	2 988 892 €	2 988 892 €	17 674 724 €
Prestations	-	2 369 127 €	2 415 367 €	2 463 240 €	2 499 464 €	2 536 226 €	2 573 534 €	14 856 957 €
Provisions	-	74 377 €	76 609 €	78 907 €	78 907 €	78 907 €	78 907 €	466 613 €
Frais de gestion	-	338 078 €	348 220 €	358 667 €	358 667 €	358 667 €	358 667 €	2 120 967 €
Résultat		35 735 €	61 641 €	88 079 €	51 855 €	15 093 €	-22 215 €	230 187 €
Degré de maîtrise financière	R/C	1,27%	2,12%	2,95%	1,73%	0,50%	-0,74%	1,30%
Taux de frais de gestion	F/C	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%
Hypothèse 2 : adhésion partielle								
Cotisations hors taxes	+	1 646 095 €	1 976 536 €	2 035 832 €	2 035 832 €	2 035 832 €	2 035 832 €	11 765 959 €
Prestations	-	1 380 051 €	1 662 101 €	1 711 964 €	1 711 964 €	1 711 964 €	1 711 964 €	9 890 008 €
Provisions	-	43 457 €	52 181 €	53 746 €	53 746 €	53 746 €	53 746 €	310 621 €
Frais de gestion	-	197 531 €	237 184 €	244 300 €	244 300 €	244 300 €	244 300 €	1 411 915 €
Résultat		25 055 €	25 070 €	25 822 €	25 822 €	25 822 €	25 822 €	153 415 €
Degré de maîtrise financière	R/C	1,52%	1,27%	1,27%	1,27%	1,27%	1,27%	1,30%
Taux de frais de gestion	F/C	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%
Date : 28/05/2025								
Assureur : MNT								
Signataire (nom, prénom et signature)			SAUVAGE Frédéric, Directeur général adjoint					



CONDITIONS GÉNÉRALES SANTÉ

Groupement Niortais (79)

Réf. : CG SANTE – Groupement Niortais - 2026

PREAMBULE	3
TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES	4
1. Objet	4
2. Prise d'effet, durée et renouvellement du contrat	5
3. Révision du contrat	5
4. Bénéficiaires des prestations	5
5. Prise d'effet et durée de l'assurance	6
6. Conditions d'affiliations et formalités	9
7. Tiers-payant	9
8. Réticence ou fausse déclaration	9
9. Prescription	10
10. Subrogation	10
11. Information des Membres Participants	11
12. Représentation des Membres Participants au sein de la MNT	11
13. Réclamations - Médiation	11
14. Protection des données à caractère personnel - passation gestion et exécution des contrats d'assurance	12
15. Autorité chargée du contrôle	13
TITRE II – COTISATIONS	14
16. Taux et assiette de cotisation	14
18. Paiement de la cotisation	15
19. Défaut de paiement de la cotisation	16
TITRE III - GARANTIES	18
20. Objet et Montant	18
21. Bénéficiaire de la garantie frais de santé	18
22. Définition des prestations	18
23. Limite des remboursements	20
24. Etendue territoriale des garanties	20
25. Règlement des Prestations	20
26. Contrôle	20
27. Accès au fonds social	22
28. Assistance (cf notice jointe)	22
29. Téléconsultation	22
30. Deuxième avis médical	22
31. Bénéficiaire des garanties annexes	22

PREAMBULE

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

- le Souscripteur, dont la dénomination sociale est mentionnée aux conditions particulières ;
- la Mutuelle Nationale Territoriale, organisme assureur du contrat, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé 4 rue d'Athènes, 75009 PARIS, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584.

Il est constitué des conditions générales et des conditions particulières.

Le Souscripteur contribue au financement des garanties du présent contrat collectif auquel ses agents adhèrent, sous la forme d'une participation d'un montant unitaire par agent.

Conformément aux dispositions

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

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

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

Le Souscripteur est tenu d'en informer ses agents.

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

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

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

La Mutuelle Nationale Territoriale est désignée, aux fins du présent contrat : « MNT » ou « Mutuelle ».

Le présent contrat est régi par la législation sur les opérations d'assurance et comprend, par ordre d'application préférentielle :

- Les conditions particulières et ses deux annexes (documents CPR),
- Les conventions spéciales (document CSP),
- Les présentes conditions générales complétées par les conditions particulières de la MNT.

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

1. Objet

Le contrat de la MNT comprend les présentes Conditions Générales et les Conditions Particulières.

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

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

Le contrat comprend les présentes Conditions Générales et les Conditions Particulières.

Le présent contrat a pour objet :

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

Il est régi par le Code de la mutualité.

Des garanties d'assistance sont également proposées ; elles sont précisées dans une notice d'information rédigée par l'assisteuse et remise par la Mutuelle lors l'adhésion au contrat santé.

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

Le présent contrat est émis dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables » conformément aux articles L 871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

En conséquence :

- **il prend en charge :**
 - L'intégralité de la participation du membre participant sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement sur les frais de cure thermique, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré,
 - L'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers dans limitation de durée
 - L'intégralité des dépenses sans reste à charge pour le membre participant pour certains équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant les plafonds des Prix Limites de Vente conventionnels,
 - les frais de soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale remboursés par la Sécurité sociale à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base de calcul des prestations d'assurance maladie,
 - les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans le respect des minima et maxima (qui dépendent de la nature des verres) fixés par la législation, incluant le montant du ticket modérateur.
- **il ne prend pas en charge :**
 - Les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) au-delà de la limite fixée par le décret,
 - La majoration de la participation du membre participant et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical,

Réf. : CG SANTE – Groupement Niortais - 2026

- ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds),
- Les dépassements des plafonds des Prix Limites de Vente des équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant ces plafonds, lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels.

Le présent contrat respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci. Il permet également aux membres participants et à ses ayants droits, le cas échéant, de bénéficier du tiers-payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilités avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

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

Le présent contrat prend effet selon les conditions fixées par la Convention de Participation et à la date indiquée aux Conditions Particulières ; le contrat cesse en même temps que la résiliation ou le terme de la Convention de Participation.

La résiliation par l'une des parties moyennant un préavis de 2 mois pour le souscripteur et 6 mois pour la MNT, selon les modalités ci-dessous, entraîne la cessation des garanties, dans le cadre du présent contrat, à l'égard de tous les membres participants à la date d'effet de la résiliation. La demande de résiliation ne dispense pas du paiement des cotisations dues jusqu'à l'échéance. En contrepartie, la garantie est due par la Mutuelle jusqu'à cette même date.

Après expiration d'un délai de 12 mois à compter de la souscription du contrat, le souscripteur dispose en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que la Mutuelle Nationale Territoriale en a reçu notification et dont les modalités et restrictions sont définies aux articles L 221-10-2 et L 221-10-3 du Code de la mutualité.

Le support de résiliation peut être, au choix du souscripteur :

- **Soit une lettre simple ou tout autre support durable ;**
- **Soit une déclaration faite au siège social ou auprès d'une implantation territoriale de la Mutuelle ;**
- **Soit par un acte extrajudiciaire ;**
- **Soit, par voie électronique ou par un mode de communication à distance et ce même si l'adhésion ne s'est pas faite par voie dématérialisée ou à distance**

La Mutuelle Nationale Territoriale attestera par écrit la réception de la notification de la résiliation.

La dénonciation prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification. La MNT rembourse la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation, dans un délai de 30 jours.

3. Révision du contrat

Par application de l'article L 112-3 du code des assurances, la modification des garanties proposée par l'Assureur visant à les mettre en conformité avec les règles fixées par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est réputée acceptée à défaut d'opposition du Souscripteur. L'Assureur informe par écrit le Souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix. Le Souscripteur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des Assurés par le Souscripteur.

4. Bénéficiaires des prestations

Les bénéficiaires des garanties sont :

- Les **bénéficiaires actifs** en qualité d'agents fonctionnaires et contractuels de droit public ou de droit privé dans l'effectif de l'employeur, même à temps non-complet, y compris :
 - Les fonctionnaires momentanément privés d'emploi (FMPE),
 - Les agents détachés,
 - Les agents mis à disposition, selon les termes de la convention prévue à cet effet. A défaut de convention, ces agents bénéficient de la qualité de bénéficiaires,

- Conserve la qualité de **bénéficiaires actifs** les agents placés dans l'une des situations suivantes :
 - o Position, situation ou congé de toute nature donnant lieu au maintien total ou partiel d'une rémunération, d'un traitement, d'un salaire, d'un revenu de remplacement ou d'une prestation en espèces versée par l'Employeur, un organisme de Sécurité sociale ou un organisme d'assurance,
 - o Congé parental,
 - o Disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales,
 - o Congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale,
 - o Congé de formation professionnelle.
- Les **bénéficiaires retraités** en qualité de titulaire d'une pension de retraite de droit direct d'un régime de base, qui étaient auparavant agents fonctionnaires et contractuels de droit public ou de droit privé dans l'effectif de l'employeur,
- Les **bénéficiaires ayants-droit** des actifs ou des retraités, qui sont dans l'une des situations suivantes :
 - o Conjoint non séparé de corps dans les conditions prévues à l'article 296 du code civil d'un bénéficiaire actif ou retraité,
 - o Personne liée par un pacte civil de solidarité à un bénéficiaire actif ou retraité,
 - o Personne vivant en concubinage avec un bénéficiaire actif ou retraité dans les conditions prévues à l'article 515-8 du code civil,
 - o Enfant ou petit-enfant d'un bénéficiaire actif ou retraité, ou de leur conjoint ou d'une personne liée à eux par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage avec eux, ou enfant confié par décision de justice aux mêmes personnes, à leur charge au sens de l'article L. 196 du code général des impôts et ne bénéficiant pas d'un autre régime ou dispositif de protection sociale complémentaire au titre de leur activité professionnelle, et qui est :
 - Agé de moins de 21 ans,
 - Ou âgé de moins de 25 ans, s'il justifie de la poursuite de ses études, est en contrat d'apprentissage ou est demandeur d'emploi au sens de l'article L. 5411-1 du code du travail
 - Ou reconnu en situation de handicap par la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles.

Les bénéficiaires ayants-droit peuvent adhérer à tout moment au contrat collectif.

Le conjoint survivant et l'enfant orphelin du bénéficiaire actif ou retraité qui est décédé, titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin conserve, à sa demande, la qualité de bénéficiaire ayant-droit après le décès du bénéficiaire actif ou retraité. Sa demande d'adhésion est formulée dans le délai d'un an à compter du décès.

Chaque adhérent ne peut avoir qu'un seul bénéficiaire au titre de la qualité de conjoint, concubin ou partenaire de PACS.

Pour justifier de sa situation de famille, l'adhérent devra produire les justificatifs appropriés à chaque modification de celle-ci.

Plusieurs assurés d'une même famille peuvent souscrire à des niveaux différents de garanties sur une même adhésion.

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

5.1. Prise d'effet de l'affiliation

L'adhésion du membre participant ou l'inscription d'un ayant droit prend effet à la date indiquée sur la demande. La date d'effet ne peut être antérieure à la date de réception de la demande par la Mutuelle. Dans tous les cas, la présentation régulière des pièces justificatives nécessaires (photocopie de la carte d'étudiant, photocopie du contrat d'apprentissage...) conditionne le maintien des garanties.

Dispositions applicables en cas d'adhésion à la suite d'un démarchage

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au Siège social ou dans une agence de la Mutuelle, par acte extrajudiciaire ou par un mode de communication à distance pendant le délai de

quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu à l'alinéa ci-dessus met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la notification mentionnée au même alinéa. Dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, le membre participant ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, le membre participant ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion. La mutuelle est tenue de rembourser au membre participant le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de fin d'adhésion. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la mutuelle si le membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat collectif à adhésion facultative et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Dispositions applicables en cas d'adhésion à distance

En cas d'adhésion réalisée à distance c'est-à-dire en dehors de la présence d'un conseiller de la Mutuelle Nationale Territoriale, et conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, ou à la suite d'un démarchage téléphonique, l'adhérent bénéficie d'un droit de renonciation de quatorze jours calendaires révolus à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion. Si les agents n'ont pas adhéré à distance ou à la suite d'un démarchage téléphonique, ils ne disposent pas de la faculté de renonciation. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au point a ci-dessus.

Ce droit est à exercer par notification par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au Siège social ou dans une agence de la Mutuelle, par acte extrajudiciaire ou par un mode de communication à distance, selon le modèle de rédaction ci-après : « *Je soussigné(e) (nom, prénom), demeurant (adresse complète), vous notifie par la présente ma renonciation à mon adhésion au contrat collectif à adhésion facultative maintien de salaire effectuée le (date) à (lieu) Le (date et signature).* » La notification peut être adressée à MNT Contrats - TSA 70020 – 33044 Bordeaux Cedex.

Les agents qui demanderaient l'entrée en vigueur des garanties avant l'expiration du délai de renonciation de quatorze jours doivent acquitter en conséquence la cotisation due pour bénéficier des garanties dont le montant serait calculé au prorata temporis de la période de couverture par rapport au montant de la cotisation annuelle.

Dans le cas où les agents exerceraient leur faculté de renonciation, ils seraient tenus au paiement proportionnel du service correspondant à la durée de couverture dont le montant serait calculé au prorata temporis de la période pendant laquelle ils ont été couverts, par rapport au montant de la cotisation annuelle. La Mutuelle Nationale Territoriale rembourserait alors au membre participant dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'elle aurait perçues de celui-ci en application du contrat, à l'exception du montant mentionné au présent alinéa. Ce délai commence à courir le jour où la Mutuelle Nationale Territoriale reçoit notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter.

Les informations figurant au présent contrat sont valables jusqu'à ce qu'une modification y soit apportée par avenant.

La loi applicable aux relations précontractuelles entre le membre participant et la Mutuelle Nationale Territoriale, et au contrat collectif en cas d'adhésion, est la loi française. La langue utilisée pendant la durée d'adhésion est le français.

Les dispositions relatives à l'adhésion à distance ne s'appliquent qu'au contrat initial, et pas aux dispositions contractuelles applicables en cas de tacite reconduction.

Les informations communiquées au membre participant le sont sur un support durable, c'est-à-dire tout instrument offrant la possibilité au membre participant, à l'employeur, à la personne morale souscriptrice, ou à la Mutuelle Nationale Territoriale, de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées. À tout moment au cours de la relation contractuelle, le membre participant a le droit, s'il en fait la demande, de recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. En outre, le membre participant a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, à moins que cela ne soit incompatible avec le contrat à distance conclu.

Les dispositions du Code de la consommation relatives notamment à une faculté de renonciation en cas de vente hors établissement ne sont pas applicables aux relations entre une mutuelle régie par le Code de la mutualité et ses adhérents.

Changement de niveau de garanties :

Après la 1^{er} année de souscription, toute modification à la hausse comme à la baisse prendra effet le 1^{er} jour du mois sous réserve que la demande ait été formulée 2 mois à l'avance. Cette prise d'effet peut se faire à tout moment de l'année, après la 1^{er} année de souscription.

Toute modification à la hausse comme à la baisse ne peut être réalisée qu'une seule fois pendant la durée du contrat sauf en cas de changement de situation familiale : mariage, pacs, concubinage, divorce, séparation, naissance et décès.

La prime applicable est celle résultant de la nouvelle formule de garantie à la date d'effet des nouvelles garanties.

5.2. Cessation des garanties

Le droit à garantie cesse :

▪ pour chaque Membre Participant :

- à la date de survenance du premier des événements suivants :
 - résiliation du contrat collectif conclu entre le Souscripteur et la MNT;
 - à la date à laquelle il ne fait plus partie du Groupe Assuré couvert par le contrat, ou cesse d'appartenir à l'effectif du Souscripteur sauf cas prévus en annexe 2;
 - liquidation de la pension vieillesse de son régime obligatoire pour les agents en activité de service, sauf dans le cas où il adhère en qualité de retraité au présent contrat
 - au décès du Membre Participant,
 - non-paiement des cotisations (Article 19 du présent contrat),

Lorsque l'agent liquide sa pension vieillesse, il peut alors adhérer en qualité de retraité, en notifiant sa demande par écrit et en s'acquittant de la cotisation correspondante.

Le membre participant peut mettre un terme à son adhésion en notifiant sa volonté à la MNT avant la date d'échéance moyennant un préavis de deux mois avant la date d'échéance selon les modalités décrites ci-dessous.

La MNT atteste par écrit la réception de la demande de résiliation. La demande de résiliation ne dispense pas du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à l'échéance du contrat. En contrepartie, la garantie est due par la MNT jusqu'à cette même date.

Après expiration d'un délai de 12 mois à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion, l'adhérent peut mettre fin à la garantie, sans frais ni pénalités, à tout moment en cours d'année, selon l'une des modalités suivantes :

- Par lettre ou tout autre support durable ;
- Par déclaration faite au siège social ou auprès d'une implantation territoriale de la mutuelle ;
- Par acte extrajudiciaire ;
- Par voie électronique ou par un mode de communication à distance, et ce même si l'adhésion ne s'est pas faite par voie dématérialisée ou à distance.

La MNT atteste par écrit la réception de la demande de résiliation.

La résiliation prend effet un mois après la réception par la MNT de la demande de l'adhérent.

La MNT rembourse la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation, dans un délai de 30 jours

▪ pour chaque Bénéficiaire :

Lors de la survenance du premier des événements suivants :

- la cessation des garanties du Membre Participant.
- Au 31 décembre de l'année en cours de laquelle les enfants à charge ne répondent plus aux conditions leur conférant cette qualité
- A la date à laquelle les bénéficiaires autres que les enfants ne répondent plus aux conditions leur conférant cette qualité ; (divorce, séparation du conjoint...)
- La résiliation par le Membre Participant de la couverture de son Bénéficiaire,
- en cas de décès du membre participant (sauf cas prévus en annexe 3).

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

Attention: toute sortie de bénéficiaire du présent contrat est définitive.

5.3. Maintien des garanties en cas de suspension d'activités rémunérées ou indemnisées

Le bénéfice des garanties du présent contrat est maintenu au profit des membres participants et de leurs ayants droits dont l'activité ou le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- D'un maintien total ou partiel de salaire,
- D'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le souscripteur, versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers
- D'un revenu de remplacement versé par le souscripteur. Ce cas concerne notamment les membres participants placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi qu'en congé rémunéré par le souscripteur (reclassement, mobilité...)

Le souscripteur et le membre participant continuent de s'acquitter du versement de la part de cotisation qui leur incombe pendant toute la période de suspension de l'activité ou du contrat de travail rémunérée ou indemnisée.

Dans les autres cas de suspensions non rémunérées ou non indemnisées, les garanties sont suspendues (sauf cas prévus par l'annexe 1 du présent contrat) et les cotisations cessent d'être dues.

6. Conditions d'affiliations et formalités

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

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

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

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

7. Tiers-payant

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

Dans le cas où les membres participants et le cas échéant, leurs ayants droit s'adressent à un professionnel de santé qui est tenu ou a choisi de pratiquer le tiers payant et en a fait les démarches à cette fin, le présent contrat leur permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, dans le cadre des règles afférentes au contrat responsable.

La carte d'adhérent remise au membre participant permet le tiers payant avec ces professionnels de santé et l'obtention le cas échéant, de prises en charge des médicaments, des hospitalisations ou des consultations de médecine de ville.

Cette carte reste la propriété de la Mutuelle et doit être restituée dans les quinze jours du départ du membre participant de la collectivité.

8. Réticence ou fausse déclaration

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

Les garanties accordées aux Assurés par l'Assureur sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

L'omission ou la déclaration inexacte de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité des garanties.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, l'Assureur a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Assuré. A défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin le premier jour du mois qui suit la date de la notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée. L'Assureur restitue à l'Assuré la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux de la cotisation payée par l'Assuré par rapport au taux de cotisation qui aurait été due, si les risques avaient été exactement déclarés.

9. Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

Conformément à l'article L.221-12 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 au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément aux dispositions des articles 2240 à 2246 du Code civil, les causes ordinaires d'interruption de la prescription mentionnée ci-dessus sont :

- **La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;**
- **La demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.**
- **Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution, ou un acte d'exécution forcée.**

10. Subrogation

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, la MNT est subrogée de plein droit au membre participant ou à un de ses ayants droit, victime d'un accident, dans ses droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par la MNT, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique du membre participant et/ou bénéficiaire.

Afin de permettre à la MNT de pouvoir exercer leur droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engage à déclarer à la MNT tout accident dont il est victime.

11. Information des Membres Participants

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

Lorsque des modifications contractuelles sont apportées, le Souscripteur doit communiquer la nouvelle version de la notice d'information trois mois au minimum avant la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

L'assuré peut résilier son adhésion à réception de cette nouvelle version de la notice d'information en raison de ces modifications, moyennant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à la Mutuelle. La résiliation prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de la demande de résiliation par la Mutuelle.

12. Représentation des Membres Participants au sein de la MNT

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

13. Réclamations - Médiation

Pour toute réclamation liée à l'application du présent contrat, l'adhérent peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la Mutuelle Nationale Territoriale. En cas de désaccord sur la réponse donnée, l'adhérent peut saisir le Service réclamation en écrivant à l'adresse suivante :

MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE
Service Réclamations
42/44 Rue du Général de LARMINAT
TSA 20015-33044 BORDEAUX CEDEX

En précisant son nom, le numéro du contrat concerné ainsi que ses coordonnées complètes. Sa situation sera étudiée avec le plus grand soin.

Dans tous les cas quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel l'adhérent a formulé sa réclamation et qu'il y ait été ou non répondu, l'adhérent peut saisir le Médiateur de la Mutualité Française, deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite :

- Soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS CEDEX 15.
- Soit en ligne à l'adresse suivante : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Un accusé de réception vous sera délivré dans un délai maximum de 10 jours ouvrables suivant l'envoi de votre réclamation. La réponse définitive à votre réclamation vous sera apportée dans un délai de traitement de deux mois au plus.

Conformément aux dispositions de l'article 2238 du Code civil, la prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative. Une convention de procédure participative est une voie de négociation susceptible d'intervenir en cas de conflit, avant ou après la saisine d'un juge. Une telle convention est conclue pour une durée déterminée et est régie par les articles 2062 et suivants du Code civil.

La prescription est également suspendue à compter de l'accord du débiteur constaté par huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du code des procédures civiles d'exécution,

Réf. : CG SANTE – Groupement Niortais - 2026

procédure simplifiée applicable pour le recouvrement des créances dont le montant en principal et intérêts n'excède pas la somme mentionnée à l'article R. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

14. Protection des données à caractère personnel - passation gestion et exécution des contrats d'assurance

Dans le cadre de ses activités, la Mutuelle Nationale Territoriale réalise différents traitements de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses ayants-droits éventuels, en qualité de responsable de traitement.

Le traitement de ces données à caractère personnel est nécessaire afin de prendre en compte l'adhésion au contrat, d'assurer la gestion du dossier du membre participant et d'organiser la vie institutionnelle relevant des statuts, ainsi que pour répondre à des prescriptions réglementaires parmi lesquelles :

- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- la lutte contre la fraude ;
- les réponses aux demandes officielles des autorités publiques ou judiciaires dûment autorisées.

Le défaut de fourniture des données sollicitées aura pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus.

Les données collectées sont conservées le temps nécessaire à l'exécution du contrat ou pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance.

Les données sont destinées aux personnels habilités de la mutuelle et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être transmises à des sous-traitants et partenaires contribuant à la réalisation de ces finalités.

Aux fins des intérêts légitimes de la MNT à garantir à ses adhérents des services de qualité, la MNT partage avec les organismes de rattachement des adhérents concernés des informations à caractère personnel facilitant leur identification, le calcul des cotisations mais surtout le versement des prestations. Les données sont collectées par la MNT ou l'entité de rattachement de l'adhérent, et partagées de manière sécurisée au travers d'Espaces Web tel que les Espaces Collectivités ou Adhérents. Les entités de rattachement de l'adhérent ou la MNT, selon les traitements considérés, agissent en qualité de responsables des traitements qu'elles réalisent dans le cadre de la gestion globale des services liés au contrat porté par la MNT. Les données échangées sur ces espaces web y sont conservées pendant deux (2) ans à compter de la cessation de la relation contractuelle avec la MNT ou avec l'organisme de rattachement. Les adhérents peuvent exercer leurs droits auprès du délégué à la protection des données (DPO) de la MNT pour l'ensemble des traitements qui relèvent directement des services opérés par la Mutuelle.

Dans certains cas, la Mutuelle Nationale Territoriale, pour utiliser ses données personnelles, doit requérir le consentement du membre participant. Il peut en être ainsi par exemple :

- lorsque les finalités mentionnées ci-dessus donnent lieu à une prise de décision automatisée produisant des effets juridiques le concernant ou l'affectant de manière significative. La Mutuelle Nationale Territoriale l'informerait alors de la logique sous-jacente ainsi que de l'importance et des conséquences prévues de ce traitement ;
- s'il est procédé à un traitement à des fins autres que celles décrites ci-avant. La Mutuelle Nationale Territoriale informera alors le membre participant et, si nécessaire, lui demandera son consentement.

Lorsque le consentement a été donné, celui-ci peut être retiré à tout moment. Ce retrait ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.

Dès lors que le membre participant retire son consentement au traitement de données nécessaires à la prestation de service, il ne peut plus alors bénéficier de cette prestation.

Conformément aux dispositions de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel et notamment du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, le membre participant dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de portabilité de ses données, ainsi que, pour des

motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données le concernant. Il dispose également du droit de décider du sort de ses données après son décès.

Sans opposition de sa part, les données personnelles du membre participant pourront être utilisées pour des actions commerciales et pour l'envoi d'information sur les produits et services proposés par la Mutuelle Nationale Territoriale.

Pour l'exercice de ces droits, le membre participant peut envoyer une demande, en fournissant un justificatif d'identité comportant sa signature, par courrier postal ou par courriel, à l'adresse du Délégué à la Protection des Données (ou Data Protection Officer - DPO) de la Mutuelle Nationale Territoriale : 4, rue d'Athènes – 75009 Paris ou dpo@mnt.fr.

Le membre participant peut également introduire une réclamation relative à la protection des données auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), sise 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75 334 Paris Cedex 07, par courrier postal, en ligne en utilisant le formulaire disponible à l'adresse <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> ou par téléphone au +33 (0)1 53 73 22 22.

Le membre participant peut enfin, à tout moment, s'inscrire en ligne sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel, à l'adresse <https://www.bloctel.gouv.fr/>.

15. Autorité chargée du contrôle

Conformément aux dispositions de l'article L. 510-1 du Code de la mutualité, le contrôle sur les mutuelles régies par le Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres, par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 place de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09.

TITRE II – COTISATIONS

16. Taux et assiette de cotisation

La cotisation est déterminée et exprimée aux Conditions Particulières. **Les cotisations sont exprimées en euros.**

La structure de cotisation est Adulte/Enfant, par tranches d'âge.

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

17. Evolution de la cotisation

Les cotisations sont exprimées en euros et sont maintenues pendant les trois premiers exercices, **hors évolution réglementaire, législative ou fiscale et indexation de 3% prévue au contrat pour l'année 2 et l'année 3.**

A compter du 1^{er} janvier 2029, les cotisations de chaque catégorie de personnels mentionnée aux Conditions Particulières peuvent être révisées au 1^{er} janvier d'un exercice civil selon les dispositions prévues à l'article 20 du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011.

L'évolution exceptionnelle des cotisations est autorisée selon l'article 20 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011. Ainsi, le dépassement des limites tarifaires, prévues au titre de l'évolution annuelle des cotisations, n'est possible que dans les cas ci-après, et si le changement revêt un caractère **significatif** :

- Aggravation de la sinistralité,
- Variation du nombre d'agents adhérents,
- Evolutions démographiques,
- Modifications de la réglementation.

Cas de l'aggravation de la sinistralité :

L'aggravation de la sinistralité doit être constatée par l'Assureur sur la base :

- D'au moins deux années consécutives,
- Du compte de résultat technique, calculé par différence entre :
 - o Les cotisations, par ailleurs minorées de la contribution prévue au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale et de la dotation à la provision pour cotisations non acquises, puis majorées de la reprise sur cette même provision,
 - o Et :
 - Les prestations, par ailleurs majorées des dotations aux provisions techniques correspondantes, et minorées des reprises sur ces mêmes provisions,
 - Les frais de gestion.

Dans ce cas, les cotisations peuvent être majorées dans le respect des taux d'augmentation maximum à compléter dans le tableau ci-après, la borne maximum ne pouvant être dépassée.

Périodes	Ratio P/C net de frais (Prestations sur cotisations HT)	Taux de majoration
Année 1	/	0%
Année 2	/	0%
Années 3 et suivantes	P/C < 100%	0%
	P/C < 110%	5 %
	P/C < 120%	8 %
	P/C < 130%	10 %
	P/C > 130%	10%
Le P/C s'apprécie sur la base du compte de résultat cumulé depuis la date d'effet du contrat		

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

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

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

Une rencontre annuelle (comité technique) aura lieu pour présenter les éléments financiers de la garantie. Celle-ci aura pour objet de déterminer les suites à donner aux évolutions du contrat avec l'objectif d'obtenir un équilibre au terme de la convention.

A cette fin, la Mutuelle adresse, par lettre recommandée avec accusé de réception, avant le 30 juin, au Centre de gestion leur demande de modifications des tarifs, accompagnée d'une étude justifiant qu'au moins une des évolutions prévues à l'article 20 du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011, nécessite de modifier les tarifs pour préserver l'équilibre du dispositif. Elles indiquent également les évolutions tarifaires sur lesquelles elles s'engagent. Le Centre de gestion dispose d'un délai de 2 mois pour se prononcer.

En cas d'accord sur les modifications tarifaires proposées, les nouveaux tarifs ainsi que leur taux d'évolution font l'objet d'un avenant au contrat collectif. Chaque collectivité ou établissement est tenu d'informer chaque agent adhérent de la modification des conditions tarifaires.

En cas de désaccord sur les modifications tarifaires proposées ou en l'absence de réponse du Centre de gestion après ce délai de 2 mois, le présent contrat prend automatiquement fin au 31 décembre. Chaque collectivité ou établissement public est tenu d'en informer les agents.

Les collectivités territoriales et leurs établissements publics disposeront d'un délai d'un mois à compter de leur information par le Centre de gestion de la modification de la convention de participation pour signer l'avenant au contrat collectif à adhésion facultative. L'absence de signature de l'avenant dans ce délai emportera, quelle qu'en soit la cause, la résiliation de plein droit du présent contrat collectif à adhésion facultative à effet du 31 décembre.

18. Paiement de la cotisation

Le Souscripteur contribue au financement des garanties du présent contrat collectif auquel ses agents adhèrent, sous la forme d'une participation d'un montant unitaire par agent ; celle-ci est versée par le Souscripteur **mensuellement** au Membre Participant.

- Pour le personnel Actifs :

Pour les membres participants en activité du Souscripteur, le Souscripteur est tenu au paiement de la cotisation du Membre Participant et éventuellement des Bénéficiaires, dont la couverture est facultative. Les cotisations sont prélevées mensuellement sur les traitements des agents et sont reversées mensuellement à la MNT à terme échu.

- Pour le personnel Retraités et autres personnes concernées (inactifs, suspension de contrat..) :
Pour les membres participants concernés, seul le Membre Participant est tenu au paiement de la cotisation due pour sa propre adhésion et celle de ses Bénéficiaires, à l'égard de la MNT. Cette cotisation est payable mensuellement d'avance et est appelée directement par la MNT auprès du Membre Participant.

Le membre participant s'engage à communiquer à la Mutuelle Nationale Territoriale les documents et informations nécessaires au prélèvement des cotisations, et au paiement des prestations, dues pour lui et ses ayants droit. Il s'engage ainsi à communiquer à la mutuelle ses nouvelles coordonnées bancaires résultant de la mise en place de l'Espace unique de paiement en euros (« SEPA »), et notamment :

- l'identifiant international de son établissement financier, régulièrement désigné par le sigle BIC ;
- l'identifiant international de son compte bancaire, fréquemment désigné par le sigle IBAN.

a/ En ce qui concerne le prélèvement des cotisations, le membre participant autorise la Mutuelle Nationale Territoriale à prélever le montant correspondant aux cotisations dues par le membre participant pour sa couverture et celle de ses ayants droit ; ce montant sera communiqué par la Mutuelle Nationale Territoriale au membre participant sept jours calendaires au moins avant la date du premier prélèvement et quatorze jours calendaires au moins avant cette date dans le cas où le membre participant aurait adhéré à distance à la Mutuelle Nationale Territoriale. Le membre participant s'engage donc à retourner à la mutuelle, dûment rempli et dans un délai de 7 jours suivant l'adhésion, le mandat de prélèvement qu'elle lui aura remis, accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire mentionnant l'identifiant international de son établissement financier et l'identifiant international de son compte bancaire.

b/ En cas de changement des garanties au cours d'une période d'assurance entraînant une modification des cotisations, le membre participant autorise expressément la Mutuelle Nationale Territoriale à prélever le montant de la fraction de cotisation correspondant aux nouvelles garanties choisies, durant le mois au cours duquel lesdites garanties, telles que modifiées, prendront effet. La Mutuelle Nationale Territoriale adressera l'échéancier modifié au membre participant préalablement à la réalisation du prélèvement.

c/ Dans le cas où, du fait du membre participant, le prélèvement d'une ou de plusieurs fractions de cotisation n'aurait pas pu être effectué pour le ou les mois pour lesquels elles étaient dues, et notamment en cas de non-approvisionnement du compte du membre participant, ce dernier autorise expressément la mutuelle à prélever, le mois suivant, la fraction de cotisation demeurée impayée, et la ou les fractions de cotisation venues à échéance, ainsi que les éventuels frais de gestion induits par le ou les rejets de prélèvement.

Préalablement, la Mutuelle Nationale Territoriale adressera dans les meilleurs délais au membre participant un courrier informatif justifiant du prélèvement majoré des cotisations impayées.

d/ En cas d'opposition au prélèvement d'une ou de plusieurs fractions de cotisation se révélant injustifiée, le membre participant autorise la Mutuelle Nationale Territoriale à prélever, dès règlement du litige l'opposant à la mutuelle :

- le montant de la ou des fractions de cotisation dont le paiement a été refusé par le membre participant ;
- les fractions de cotisation venues à échéance depuis cette date ;
- ainsi que les frais de gestion induits par le ou les rejets de prélèvement.

Préalablement, la Mutuelle Nationale Territoriale adressera dans les meilleurs délais un courrier informatif justifiant ce prélèvement au membre participant.

19. Défaut de paiement de la cotisation

Non-paiement des cotisations précomptées sur salaire

Conformément aux dispositions de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour la Mutuelle d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive du Souscripteur et de poursuivre en justice l'exécution du Contrat, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après l'envoi par la Mutuelle 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 l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par le souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat, sauf s'il entreprend de se substituer au souscripteur pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle a le droit de résilier le contrat dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus. Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à celle-ci 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 engagés durant la période de suspension de la garantie ne donnent lieu à aucune prise en charge par la Mutuelle.

Non-paiement des cotisations prélevées sur compte bancaire

Conformément à l'article L 221-8-II du code de la mutualité, le Membre Participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe. Les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la mise en demeure du Membre Participant, restée infructueuse. Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au Membre Participant, la MNT informe celui-ci des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. L'adhésion pourra être résiliée par la MNT, 40 jours après l'envoi de la mise en demeure restée infructueuse.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement les frais de poursuites et de recouvrement.

TITRE III - GARANTIES

Chapitre I : GARANTIES FRAIS DE SANTE

20. Objet et Montant

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

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

Le remboursement des dépenses de frais de soins de santé par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective du membre participant ou de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

21. Bénéficiaire de la garantie frais de santé

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

22. Définition des prestations

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

La MNT assure le versement de prestations en nature complémentaires à celles servies au titre de la législation sur la Sécurité sociale. Toutes les garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats responsables font l'objet d'un tiers payant.

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

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

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé.

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

Les remboursements de la Mutuelle pour les consultations et soins de médecins non conventionnés seront réalisés sur la base du Tarif d'Autorité de l'Assurance maladie, à l'instar des remboursements de la sécurité sociale.

Précisions concernant certaines prestations :

1. **Frais accompagnant** : la prestation est accordée, pendant 60 jours au maximum par séjour, à la personne accompagnante, durant un minimum d'une nuitée, un membre participant ou un ayant droit âgé de moins de 16 ans.

Les frais doivent avoir été engagés dans l'établissement où séjourne la personne hospitalisée. Toutefois, la prestation est également accordée lorsque les frais sont engagés dans une maison spécialisée dans l'accueil des accompagnants de personnes hospitalisées. Les frais remboursés concernent uniquement l'hébergement, le petit-déjeuner et éventuellement les repas pris par l'accompagnant. Les autres frais sont exclus de toute prise en charge (parking, presse, internet...). La prestation des frais d'accompagnant prend effet dès la première nuitée d'hospitalisation du

malade et est versée dans la limite des frais engagés et du montant défini au tableau des prestations.

2. Hospitalisation : les règles s'appliquent sauf dispositions plus favorables prévues par convention entre la Mutuelle et l'établissement d'hospitalisation. Frais de séjour chirurgie : lorsque le prix de journée facturé par l'établissement excède celui pris en considération par la CPAM, remboursement de la somme laissée à la charge de l'adhérent dans la limite de 20 % du tarif de responsabilité de la Caisse de Sécurité sociale du lieu de résidence.
3. Le forfait journalier prévu par l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale, il est remboursé sans limitation la Mutuelle lorsqu'il est dû par l'assuré en cas d'hospitalisation au sein d'un établissement hospitalier (médecine, chirurgie). En revanche, ce forfait n'est pas remboursé en cas d'admission dans un établissement médico-social visé par l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.
4. Optique : Les verres sont définis conformément au décret contrat responsable n°2019-21 du 11 janvier 2019. Le décret indique également les planchers et les plafonds de remboursement pour les équipements (verres et montures) selon les catégories de verres. **En tout état de cause, le montant des montures est plafonné à 100 euros** (remboursement de la sécurité sociale incluse).

Le contrat prévoit une prise en charge limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans pour les personnes de plus de 16 ans.

Cette période est fixe et ne peut donc être ni réduite ni allongée. Elle s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique précédent.

Dérogations :

- ↳ La période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.
- ↳ Pour les adhérents présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le contrat peut couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans, corrigeant chacun un des deux déficits.

Appairage : En optique, il est possible qu'un œil n'ait pas la même correction que l'autre. Pour des raisons esthétiques, il est important d'avoir des cambrures les plus semblables possibles sur les deux verres de la paire. L'appairage est donc indispensable pour éviter de créer un grossissement différent entre les deux yeux, qui pourrait perturber la vision binoculaire du porteur.

5. Aides auditives : Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
6. Participation forfaitaire et Franchise médicale
Participation forfaitaire : en application de l'article L.322-2 II du Code de la Sécurité sociale, une participation forfaitaire est laissée à la charge du membre participant ou du bénéficiaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré acquitte également cette participation pour tout acte de biologie médicale. Au 1^{er} janvier 2011, son montant est de 1€. Cette participation forfaitaire n'est pas prise en charge par la Mutuelle.
Franchise médicale : en application de l'article L.322-2-III du Code de la sécurité sociale, depuis le 1^{er} janvier 2008, des franchises médicales sont supportées par les assurés sociaux ; elles portent sur les boîtes de médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports. Ces franchises médicales ne sont pas prises en charge par la Mutuelle.
7. Parcours de soins coordonnés : Le décret sur les contrats responsables impose aux mutuelles de ne pas prendre en charge la totalité du coût restant à la charge du patient lorsque celui-ci n'a pas consulté en première intention son médecin traitant. Les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés. Peuvent être consultés directement les gynécologues, les ophtalmologues et les psychiatres.

23. Limite des remboursements

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

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite le Bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

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

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

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

24. Etendue territoriale des garanties

Les garanties s'appliquent dans le monde entier pour des actes et des soins de santé engagés à l'étranger lors d'un séjour temporaire, à condition que le régime d'assurance maladie obligatoire du membre participant les prenne en charge.

Les règlements sont effectués en France et en Euros.

25. Règlement des Prestations

Pour percevoir leurs prestations, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations.

Les demandes de paiement de prestations accompagnées des justificatifs originaux nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être produites dans les meilleurs délais auprès du centre de traitement des prestations compétent et au plus tard dans un délai maximum de deux ans, à compter de la date des soins ou de l'événement générateur de prestations en l'absence de remboursement Sécurité sociale.

Les documents à adresser selon que le membre participant et ses ayants droit, bénéficient ou non de l'échange de données informatisées, figurent au tableau joint dans la notice d'information.

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

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées, doit parvenir au centre de traitement des prestations compétent de la mutuelle dans un délai d'un an, à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement desdites prestations.

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

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont versées dans un délai maximum de 20 jours.

26. Contrôle

Afin de pouvoir 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'attributions 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 adhérent ou ayant droit qui formule une demande de remboursement ou bénéficie de prestations au titre du présent

contrat. Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives des professionnels de santé et éventuellement par expertise médicale. **En cas de refus de l'adhérent ou de l'ayant droit de se soumettre à ce contrôle, les actes concernés ne donnent 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.

PROJET

Chapitre II : GARANTIES ANNEXES

27. Accès au fonds social

Les membres participants peuvent bénéficier du service des aides exceptionnelles pour le financement de frais de santé.

Les membres participants en situation de handicap ou en situation de dépendance peuvent bénéficier du service des aides exceptionnelles pour le financement de frais de santé, d'un aménagement de domicile, de véhicule ou d'appareillage lié au handicap.

De plus, des aides exceptionnelles peuvent être octroyées suite à des catastrophes naturelles.

28. Assistance (cf notice jointe)

Ces garanties sont délivrées par R.M.A. (Ressources Mutuelles Assistance), entreprise d'assurance régie par le Code de la Mutualité.

Les Membres Participants et Bénéficiaires sont affiliés au contrat d'assurance de groupe souscrit par la MNT auprès de R.M.A. (Ressources Mutuelles Assistance), entreprise d'assurance régie par le Code de la Mutualité.

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

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

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

29. Téléconsultation

Les Membres Participants et leurs bénéficiaires peuvent bénéficier d'un service de téléconsultation délivré par la société SAS TBNO Invest sous la marque MAIIA.

La SAS TBNO Invest, filiale du Groupe VYV, est un acteur majeur de la téléconsultation en France engagé dans l'amélioration de notre système de santé. Ses solutions innovantes simplifient la mise en relation entre patients et professionnels de santé et favorisent l'accès aux soins pour tous.

Conformément au mandat qui lui est donné par la SAS TBNO Invest, la Mutuelle gestionnaire encaisse auprès de ses membres participants la part de cotisation relative à ce service et la reverse à la SAS TBNO Invest.

La SAS TBNO Invest est seule responsable des services délivrés au titre de ce contrat.

La SAS TBNO Invest est une société immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 529 134 942, dont le siège social est situé 1120 Route de Gémenos - Centre d'Affaires Alta Rocca - Bâtiment C 13400 Aubagne.

30. Deuxième avis médical

Les Membres Participants et leurs Bénéficiaires peuvent bénéficier d'un service de deuxième avis médical délivré par la société CARIANS sous la marque deuxiemeavis.fr.

CARIANS a conçu et édite une plateforme accessible à l'adresse « www.deuxiemeavis.fr/mnt » permettant aux Membres Participants ou leurs Bénéficiaires ou leurs médecins – confronté à des pathologies graves, rares ou invalidantes, ces pathologies sont celles listées sur la plateforme de deuxième avis à laquelle l'Utilisateur a accès, de solliciter un avis médical en ligne rendu par un médecin référent référencé par CARIANS, ceci en moins de 7 jours et selon un processus personnalisé et sécurisé, conçu par CARIANS. Cette solution innovante simplifie la mise en relation entre patients et professionnels de santé et favorisent l'accès aux soins pour tous.

Conformément au mandat qui lui est donné par CARIANS, la M.N.T. encaisse auprès de ses membres participants la part de cotisation relative à ce service et la reverse à CARIANS. CARIANS est seule responsable des services délivrés au titre de ce contrat. CARIANS est une Société par actions simplifiée immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 803 657 717, ayant son siège social 1 boulevard Pasteur, 75015 PARIS.

31. Bénéficiaire des garanties annexes

Les garanties sont accordées sous réserve d'être souscrites et mentionnées aux Conditions Particulières, au Membre Participant et aux Bénéficiaires.

ANNEXE 1
MAINTIEN DES GARANTIES
EN CAS DE SUSPENSION DE CONTRAT DE TRAVAIL NON
REMUNERE

Les garanties du présent contrat sont maintenues, aux mêmes clauses et conditions, aux agents du Souscripteur relevant de la catégorie de personnel assurée dont le contrat de travail est suspendu, sans indemnisation du Souscripteur, pour l'un des congés visés ci-après et sous réserve qu'ils continuent à relever de la Sécurité Sociale :

- DISPONIBILITE
- CONGE PARENTAL D'EDUCATION
- CONGE DE PROCHE AIDANT
- CONGE POUR PRESENCE PARENTALE
- CONGE DE SOLIDARITE FAMILIALE
- CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE

EFFET :

Le souscripteur doit informer la mutuelle des cas de suspension. Le membre participant concerné doit faire parvenir à la Mutuelle, sa demande de maintien au plus tard dans le mois qui suit.

CESSATION :

Le maintien des garanties cesse à la fin du congé concerné et, en tout état de cause, en cas de résiliation du présent contrat.

COTISATION :

La cotisation est celle prévue pour les agents en activité.

ANNEXE 2

MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE DEPART DE LA COLLECTIVITE

Cas d'une réorganisation

Si les membres participants changent d'employeur en application d'une réorganisation (transfert de compétence...), le nouvel employeur est substitué de plein droit à l'ancien employeur pour la convention de participation et le contrat collectif d'assurance conclu par ce dernier avec la Mutuelle.

La convention et le contrat sont exécutés dans les conditions antérieures jusqu'à leur échéance, sauf accord contraire entre le nouvel employeur, l'ancien employeur et la Mutuelle.

Ceux-ci peuvent convenir d'une échéance de la convention et du contrat antérieure à celles stipulées dans le but d'harmoniser le régime des participations applicables aux agents. La Mutuelle est informée de la substitution de personne morale par le nouvel employeur. La substitution de personne morale à la convention et au contrat n'entraîne aucun droit à résiliation ou à indemnisation pour la Mutuelle.

Cas d'un départ isolé vers une autre collectivité

En cas de départ du membre participant de l'effectif de l'employeur avec embauche simultanée auprès d'un autre employeur, la portabilité à titre individuel de l'adhésion est acceptée sans réduction des garanties ni révision des taux de cotisation.

La demande de portabilité doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximum de deux mois à compter de la date d'embauche chez le nouvel employeur. Cette adhésion doit être formalisée au moyen d'un bulletin d'adhésion.

En tout état de cause, ce maintien prend fin au plus tard à l'échéance de la convention de participation

Cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage

Le maintien des garanties est également prévu aux anciens agents appartenant à la catégorie de personnel assuré en cas de cessation ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les dispositions ci-après.

Bénéficiaires du maintien :

Peuvent bénéficier du présent maintien les anciens agents, qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Ce maintien n'est pas accordé :

- En cas de licenciement pour faute lourde
- Si les droits à couverture complémentaire n'étaient pas ouverts à l'agent au jour de la cessation ou la rupture du contrat de travail.

S'ils étaient couverts au titre du contrat, le maintien demandé par l'ancien agent du Souscripteur s'applique à l'ensemble de ses ayants-droits dans les conditions et termes des garanties maintenues.

Prise d'effet et durée du maintien :

Le maintien des garanties est applicable à compter du lendemain de la date de cessation ou de la rupture du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même Souscripteur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

Cessation du maintien des garanties :

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier des événements suivants :

- Au terme de la durée maximale prévue ci-dessus, à savoir douze mois,
- Au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquidation des droits à pension de retraite,
- A la fin de la période durant laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux indemnités chômage.

Avant ce terme, le maintien est interrompu :

- A la date de suspension des garanties du présent contrat en cas de non-paiement des cotisations,
- A la date de résiliation du présent contrat.

Modalités d'information :

Le Souscripteur devra signaler le maintien des garanties sans le certificat de travail remis au membre participant.

Le membre participant doit informer la Mutuelle, de la cessation du contrat de travail en lui adressant, dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail, le bulletin individuel d'affiliation au présent dispositif de portabilité complété et signé accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant sa durée, d'une attestation justifiant son statut de demandeur d'emploi et des cartes de Tiers Payant en cours de validité. Une nouvelle carte de Tiers Payant sera remise au membre participant pour la période de maintien des droits au titre de la portabilité.

Dès qu'il en a connaissance, le membre participant bénéficiant du présent maintien s'engage à informer la Mutuelle de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties. Sont visées notamment les causes suivantes :

- la reprise d'un autre emploi,
- l'impossibilité de justifier auprès de la Mutuelle de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage,
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- le décès du membre participant.

ANNEXE 3

MAINTIEN DES GARANTIES AUX AYANTS DROITS D'UN AGENT DECÉDÉ

L'assurance est maintenue, aux mêmes clauses et conditions aux ayants droits d'un membre participant décédé.

EFFET

Les garanties du présent contrat sont maintenues aux ayants droits d'un membre participant décédé sous réserve :

- Qu'ils soient inscrits au contrat à la date du décès du membre participant,
- Que les demandes de maintien soient adressées à la Mutuelle sans les six mois suivant le décès du membre participant.

Les garanties prennent effet au lendemain qui suit le décès, sous réserve de la réception du bulletin d'adhésion dans les deux mois qui suivent le décès du membre participant. Dans les autres cas, les garanties prennent effet au 1er jour qui suit la réception du bulletin d'adhésion

CESSATION

Le maintien des garanties cesse en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat ou du présent maintien et au plus tard au terme d'une période maximum d'un an à la suite du décès du membre participant.

Le maintien des garanties cesse également en cas de non-paiement de la cotisation par l'ayant droit d'un membre participant décédé, tel que prévu ci-après.

COTISATION

La cotisation est celle prévue pour les agents en activité.

Les cotisations sont payables mensuellement d'avance par prélèvement automatique sur compte bancaire.

Elles sont réglées directement par l'ayant droit d'un membre participant décédé qui est seul responsable de leur versement.

Toutes les taxes d'assurance existantes ou établies postérieurement à la date d'effet du contrat sont versées en même temps que les cotisations.

Le paiement de la cotisation doit être effectué dans les 10 jours qui suivent leur échéance, l'adhésion restant en vigueur pendant ce délai.

DEFAULT DE PAIEMENT DE LA COTISATION

Conformément à l'article L 221-8-II du code de la mutualité, le Membre Participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe. Les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la mise en demeure du Membre Participant, restée infructueuse. Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au Membre Participant, la MNT informe celui-ci des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. L'adhésion pourra être résiliée par la MNT, 40 jours après l'envoi de la mise en demeure restée infructueuse.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement les frais de poursuites et de recouvrement.

ANNEXE 4

MAINTIEN DES GARANTIES AUX MEMBRES PARTICIPANTS EN INVALIDITE, OU BENEFICIAIRE D'UN REVENU DE REMPLACEMENT A COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2026 (autres inactifs Loi Evin)

L'assurance est maintenue, aux mêmes clauses et conditions, aux anciens membres participants bénéficiant des prestations en nature de l'assurance Maladie et ayant eu pour dernier employeur la collectivité adhérente, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties (portabilité).

1. EFFET

Les demandes d'adhésion doivent parvenir à la MNT dans un délai de six mois suivant la fin du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties.

Les garanties prennent effet au plus tôt le 1^{er} jour d'inactivité, sous réserve de la réception du bulletin d'adhésion dans les deux mois qui suivent l'événement déclencheur. Dans les autres cas, les garanties prennent effet au 1^{er} jour suivant la réception du bulletin d'adhésion.

2. BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires du maintien de l'assurance sont le membre participant et ses ayants droit sont mentionnés au bulletin d'adhésion. Le membre participant et ses ayants droit souscrivent au même régime.

3. COTISATION

Les tarifs applicables aux membres participants inactifs peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux membres participants actifs dans des conditions fixées par le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 :

- 1° la première année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux membres participants actifs ;
- 2° la deuxième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de 25% aux tarifs globaux applicables aux membres participants actifs ;
- 3° la troisième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50% aux tarifs globaux applicables aux membres participants actifs.

4. MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables mensuellement d'avance par prélèvement automatique sur compte bancaire.

Elles sont réglées directement par le membre participant retraité qui est seul responsable de leur versement.

Toutes les taxes d'assurance existantes ou établies postérieurement à la date d'effet du contrat sont versées en même temps que les cotisations.

5. DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Conformément à l'article L 221-8-II du code de la mutualité, le Membre Participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe. Les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la mise en demeure du Membre Participant, restée infructueuse. Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au Membre Participant, la MNT informe celui-ci des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur

Réf. : CG SANTE – Groupement Niortais - 2026

la poursuite de la garantie. L'adhésion pourra être résiliée par la MNT, 40 jours après l'envoi de la mise en demeure restée infructueuse.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement les frais de poursuites et de recouvrement.

6. CESSATION

Le maintien de l'assurance cesse en tout état de cause :

- à la date du décès du membre participant,
 - en cas de résiliation du contrat ou de la présente annexe,
 - en cas de non-paiement de la cotisation par le membre participant retraité, tel que prévu au paragraphe ci-dessus.
 - en cas de résiliation par le membre participant qui peut mettre fin à son adhésion en adressant sa demande à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 31 octobre, pour une prise d'effet de la radiation au 31 décembre suivant
- En outre, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, le membre participant peut résilier son adhésion à tout moment, sans frais ni pénalité. Cette résiliation vaut également pour ses ayants droit.

La demande de résiliation peut être notifiée selon l'une des modalités suivantes :

- Par lettre ou tout autre support durable ;
- Par déclaration faite au siège social ou auprès d'une implantation territoriale de la mutuelle ;
- Par acte extrajudiciaire ;
- Par voie électronique ou par un mode de communication à distance, et ce même si l'adhésion ne s'est pas faite par voie dématérialisée ou à distance.

Cette radiation prend effet au premier jour du mois suivant la réception de sa demande par la MNT.

La cessation du contrat s'applique au membre participant retraité ainsi qu'à ses ayants droit à la même date.

7. ASSURANCE INDIVIDUELLE APRES RESILIATION

Après résiliation, le membre participant peut adhérer au règlement mutualiste.

NOTICE D'INFORMATION

PSC SANTÉ NIVEAU 1



Garantie d'assistance

NOTICE D'INFORMATION A COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2025

La présente notice traduit les engagements du contrat groupe souscrit auprès de Ressources Mutuelles Assistance par la Mutuelle Nationale Territoriale, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584. Ressources Mutuelles Assistance, ci-après « RMA » ou « l'Assisteur », Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU CEDEX, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682, numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4 Place de Budapest, 75436 Paris CEDEX 09.

SOMMAIRE

DOMAINE D'APPLICATION.....	4
1. BÉNÉFICIAIRES	4
2. PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES.....	4
3. COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE	4
4. FAITS GÉNÉRATEURS.....	4
5. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE	4
6. INTERVENTION	4
7. APPLICATION DES PRESTATIONS	4
8. DÉFINITIONS	4
ÉCOUTE, CONSEIL & ORIENTATION	6
9. ÉCOUTE, CONSEIL & ORIENTATION	6
10. INFORMATION JURIDIQUE	6
11. CONSEILS ET INFORMATIONS MÉDICALES	6
12. ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE À LA PARENTALITÉ.....	6
13. ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE EN CAS DE DÉCÈS	6
A Enregistrement et respect des volontés	6
B Organisation des obsèques	6
C Accompagnement Psycho-Social.....	6
ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL	7
14. UN SERVICE D'APPELS DE CONVIVIALITÉ.....	7
15. UN SERVICE DE CONSEIL SOCIAL	7
16. UN SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE	7
PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION, DE MATERNITÉ, D'IMMOBILISATION	7
17. PRESTATIONS EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE.....	7
18. PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 48 HEURES, EN CAS DE MATERNITÉ DE PLUS DE 4 JOURS OU EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS OU PRÉVUE DE PLUS DE 10 JOURS	7
A Aide à domicile	7
B Prestations de Bien-être et de Soutien	7
C Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés (sans limite d'âge)	7
D Garde des personnes dépendantes.....	7
E Garde des animaux de compagnie	8
F Dispositif de téléassistance	8
G Présence d'un proche au chevet	8
19. PRESTATIONS EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE D'UN ENFANT BÉNÉFICIAIRE.....	8
A Garde d'enfants malades ou blessés à domicile de moins de 16 ans.....	8
B École à domicile	8
20. PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE, SUITE À UNE MALADIE, UN ACCIDENT OU UNE BLESSURE LORS D'UN DÉPLACEMENT À PLUS DE 50 Kilomètres DU DOMICILE EN FRANCE OU DANS LES DROM	8
A Conseil médical en cas de maladie ou d'accident ou de blessure	8
B Transfert médical	8
C Retour des accompagnants.....	9
21. PRESTATION EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS LORS D'UN DÉPLACEMENT À PLUS DE 50 KILOMETRES DU DOMICILE EN FRANCE OU DANS LES DROM.....	9
CADRE JURIDIQUE.....	9
22. ASSUREUR DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE	9
23. CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION DES GARANTIES.....	9
A Comportement abusif	9
B Responsabilité	9
C Circonstances exceptionnelles	9
24. EXCLUSIONS	9
25. NULLITÉ DE LA PRESTATION	9
26. RECOURS.....	10
27. SUBROGATION	10
28. PRESCRIPTION	10
29. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES.....	10
30. RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION.....	10
31. AUTORITÉ DE CONTRÔLE.....	10

L'Adhérent, à jour de sa cotisation lors de l'appel téléphonique auprès de l'Assisteur, doit communiquer son propre numéro d'Adhérent.
Le présent tableau vise à résumer les garanties d'assistance ; pour connaître les conditions et modalités d'application, il convient de se référer aux dispositions de la présente notice d'information ci-après

GARANTIES		MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE		
DÈS LA SOUSCRIPTION				
Conseils, écoute, orientation	Illimités			
Informations juridiques	Illimitées			
Conseils et informations médicales	Illimités			
Accompagnement spécifique à la parentalité	Illimité			
Accompagnement spécifique en cas de décès	Illimité			
ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL				
Appels de convivialité	Illimités			
Accompagnement social	Illimité			
Soutien psychologique	Illimité			
EN CAS D'HOSPITALISATION, D'IMMOBILISATION ET DE MATERNITÉ				
	Hospitalisation + 48H	Hospitalisation ou immobilisation + 14J de l'enfant	Immobilisation imprévue + 5J ou prévue + 10J	Maternité + 4J Césarienne, multiples
Aide à domicile	10 heures		10 heures	10 heures
Prestations de bien-être et soutien (auxiliaire de vie, entretien du linge, petit jardinage, livraison de courses, coiffure et pédicure à domicile, portage de repas, coaching santé ou coaching nutrition)	Equivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile		Equivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile	Equivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile
Garde des enfants ou petits enfants	40 heures		40 heures	40 heures
Garde des personnes dépendantes à charge	40 heures		40 heures	40 heures
Garde des animaux de compagnie	30 jours		30 jours	30 jours
Téléassistance	3 mois		3 mois	3 mois
Présence d'un proche au chevet	500 euros TTC		500 euros TTC	500 euros TTC
Ecole à domicile		10 heures/semaine		
EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE À PLUS DE 50 KM DU DOMICILE				
	Hospitalisation imprévue, suite à une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement à + de 50KM du domicile		Hospitalisation imprévue + 5J, suite à une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement à + de 50KM du domicile	
Conseil médical	Illimité			
Transfert médical	Coûts réels du reste à charge après remboursement du régime obligatoire et organismes complémentaires.			
Retour des accompagnants	500 euros TTC			
Déplacement et hébergement d'un proche			Déplacement : 500 euros Hébergement : 5 nuits à 125 euros TTC/nuit	

DOMAINE D'APPLICATION

1. BÉNÉFICIAIRES

La présente notice d'information a pour objet de définir la garantie d'assistance à laquelle peuvent prétendre les Bénéficiaires concernés.

Sont couverts par la présente notice d'information :

- l'Adhérent à la Mutuelle,
- ses ayants droit.

2. PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

La garantie d'assistance prend effet à la même date de souscription que les garanties de la complémentaire santé.

La garantie d'assistance suit le sort du contrat souscrit par l'Adhérent auprès de la Mutuelle, aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par l'Assisteur.

3. COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile, pour l'assistance de tous les jours,
- pour tout déplacement* en France ou dans les DROM* (au-delà de 50 kilomètres du domicile, pour la prestation "Transfert médical").

**Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.*

**Pour les DROM, le Bénéficiaire qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale est couvert par l'assistance de tous les jours, les frais de déplacements et de transfert s'entendent à l'intérieur du département uniquement.*

4. FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite des faits générateurs suivants et tels que définis dans la présente notice d'information :

- une hospitalisation,
- une maternité,
- une immobilisation,
- une maladie, un accident ou une blessure.

L'Assisteur propose au Bénéficiaire la mise en place de la prestation d'assistance qui correspond le mieux à ses besoins lors de la demande d'assistance, à raison d'une seule prestation par fait générateur sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Les prestations d'assistance sont accessibles autant de fois que le fait générateur survient par année civile sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Les prestations d'informations, d'accompagnement psycho-social, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

5. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

**POUR CONTACTER L'ASSISTEUR SANS INTERRUPTION,
24 HEURES SUR 24, 7 JOURS SUR 7**

par téléphone



pour les Bénéficiaires résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger :
par téléphone : 00 33 9 72 72 02 02

Pour toute transmission de documents médicaux uniquement, merci de les adresser à medecinconseil@rmassistance.fr

SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro d'Adhérent,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre premier appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'Assisteur.

Toute demande d'assistance doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les vingt (20) jours qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Pour le conseil et le transfert médical, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Au-delà des 48 heures, l'Assisteur pourra accompagner et orienter le Bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande.

Le Bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'Assisteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties.

Les justificatifs demandés par l'Assisteur sont des pièces originales ou des copies.

6. INTERVENTION

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance.

La prestation pourra donc être inférieure au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du Bénéficiaire, l'Assisteur se base sur des critères objectifs liés à son environnement et son moment de vie lors de la demande d'assistance tels que la taille du logement, la composition du foyer familial, le niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et les aides existantes. Les prestations au domicile sont planifiées sur les jours ouvrés.

L'urgence justifiant l'intervention de l'Assisteur, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le Bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du Bénéficiaire. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.** Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par l'Assisteur ou en accord préalable avec lui.

7. APPLICATION DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par la présente notice d'information ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, l'Assisteur ne participera pas après coup aux dépenses que le Bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le Bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, l'Assisteur pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par l'Assisteur, après accord préalable de l'Assisteur, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs **et dans la limite des plafonds mentionnés et de l'évaluation faite par l'Assisteur (étant entendu que le montant de la prestation d'assistance remboursé par l'Assisteur est plafonné à l'intervention d'un seul intervenant au domicile du Bénéficiaire).** Les frais additionnels (frais kilométriques, frais de dossier, frais de gestion et cotisations) inhérents à la mise en œuvre de la prestation et figurant sur le justificatif fourni par le Bénéficiaire ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.

Dans de tels cas, l'Assisteur s'engage à rembourser le Bénéficiaire sous un délai maximal de 30 jours calendaires (hors délais bancaires) à compter de la validation par l'Assisteur de l'ensemble des documents justificatifs.

De plus, il convient de préciser que l'Assisteur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence.

Dès l'appel de l'un des Bénéficiaires, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande.

En aucun cas, l'Assisteur ne pourra s'engager sur une obligation de résultats. L'Assisteur se réserve un délai de cinq (5) heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du Bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

Toutes les dépenses que le Bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention de l'Assisteur, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage...).

Dans les cas d'un état d'urgence sanitaire et/ou du déclenchement d'un Plan Blanc, la mise en œuvre des prestations sera adaptée à la situation et à la capacité du réseau de l'Assisteur à assurer ces prestations.

8. DÉFINITIONS

Pour l'application de la présente notice d'information, on entend par :

Accident : tout événement soudain, imprévisible, extérieur au Bénéficiaire et non intentionnel de sa part, cause exclusive, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages corporels.

Ne sont pas considérés comme des accidents mais comme des maladies les événements suivants :

- les accidents vasculaires cérébraux,
- les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel,
- les éventrations,
- les hernies abdominales,

- les hydrocutions,
- les infarctus du myocarde,
- les lésions méniscales,
- les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires,
- les lombalgies, les lumbagos,
- les ruptures d'anévrisme,
- les sciatiques.

Adhérent : personne physique ayant adhéré à titre individuel ou collectif à la mutuelle.

Aidant : est considéré comme proche aidant d'une personne, un proche (voir définition) ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. L'aidant peut être le Bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.

Aide à domicile : la mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile du Bénéficiaire. **La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par l'Assisteur après évaluation.**

Animaux de compagnie : sont considérés comme animaux de compagnie les chats et les chiens, vivant au domicile du Bénéficiaire et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur, **dans la limite de 2 animaux par Bénéficiaire.**

Ascendant : sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents de l'Adhérent. Pour être considéré comme ayant droit de l'Adhérent, l'ascendant doit : être dépendant, à charge fiscalement de l'Adhérent et vivant sous le même toit.

Attentat : tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel le Bénéficiaire voyage ou réside, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation et la terreur.

Cet attentat devra être recensé par l'Etat français.

Autorité médicale : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où le Bénéficiaire se trouve.

Auxiliaire de vie sociale : l'auxiliaire de vie sociale (AVS) aide les personnes malades, handicapées ou fragilisées, très dépendantes pour accomplir les actes de la vie ordinaire. Elle est présente pour faciliter le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène (**à l'exclusion des soins infirmiers**). Elle apporte son soutien au moment de l'appareillage des personnes handicapées. L'AVS assure la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers. Elle prend en charge les démarches administratives, les sorties et les courses.

Ayants droit : les ayants droit de l'Adhérent sont ceux inscrits comme tels par cet Adhérent au titre de sa garantie complémentaire santé.

Bénéficiaire : la personne ayant adhéré à titre individuel ou dans le cadre d'un contrat collectif à une garantie santé de la Mutuelle et ses ayants droit.

Catastrophe naturelle : phénomène d'origine naturelle, tel qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu comme tel par les pouvoirs publics du pays dans lequel la catastrophe a eu lieu.

Centre de convalescence : structure de soins qui contribue à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.**

Consolidation : stabilisation durable de l'état de santé du Bénéficiaire victime d'un accident, de blessures ou souffrant d'une maladie ; cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation médicalement constatée.

Dépendance : état impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive. Pour être considéré comme ayant droit de l'Adhérent, le dépendant doit être à charge fiscalement de ce dernier et vivre sous le même toit. Aussi, les demandes de prestation à l'égard d'un ayant droit dépendant doivent être justifiées en adressant à l'équipe médicale un certificat médical justifiant l'état de dépendance, ainsi que l'avis d'imposition de l'Adhérent portant mention de la charge fiscale de l'ayant droit.

Dispositif de téléassistance : désigne le boîtier d'interphonie et le médaillon d'alerte avec son support (collier ou bracelet).

Domicile ou résidence habituelle : le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire, ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France ou dans les DROM.

Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que notamment les maisons de retraite), ou ayant une résidence secondaire, on

entend par domicile principal, le lieu où la personne habite plus de 183 jours par an.

Les étudiants ayants droit sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent Adhérent.

En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

Dommages corporels : dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.

DROM : par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte. Pour l'ensemble des prestations relatives au déplacement du Bénéficiaire en France, à plus de 50 kilomètres de son domicile, la prise en charge du Bénéficiaire résidant dans les DROM s'entend à l'intérieur du département de résidence DROM.

Etablissement de soins : tout établissement de soins public ou privé, qui assure le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

Etat d'urgence sanitaire : régime juridique spécial applicable en cas de catastrophe sanitaire, notamment d'épidémie ou de pandémie, mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population.

Faits générateurs : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis par la présente notice d'information. Ils peuvent être les suivants :

- une hospitalisation,
- une maternité,
- une immobilisation,
- une maladie, un accident ou une blessure.

Frais d'hébergement : frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe.

France : France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

Fratric : enfants à charge du même foyer fiscal issus d'une même famille, d'un même couple et par extension des enfants ayant un seul parent en commun ou ayant des liens d'adoption.

Grossesse pathologique : caractérise une grossesse où la mère et/ou l'enfant courent un risque pour leur santé. Une grossesse pathologique fait l'objet d'une prise en charge et d'un suivi spécifique. **Ne sont pas considérés comme grossesse pathologique, les congés pathologiques légaux pouvant être prescrits avant le congé maternité.**

Handicap : constitue un handicap, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Hospitalisation : tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public, privé ou à domicile dans le cadre d'une Hospitalisation à domicile, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

Hospitalisation à domicile (HAD) : permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux coordonnés. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

Immobilisation : désigne toute immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement et pour laquelle l'Assisteur évalue le cadre au retour au domicile (Bénéficiaire vivant seul ou en couple, enfants de moins de 10 ans ou personnes dépendantes à charge, soutien de proximité aides déjà en place...). La grossesse pathologique (hors congés pathologiques légaux) est considérée comme une immobilisation dès lors qu'elle est constatée médicalement.

Maladie : altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité : tout séjour de plus de 4 jours, tout séjour consécutif à un accouchement par césarienne ou tout séjour consécutif à une naissance prématurée ou multiple en service maternité dans un établissement de soins public ou privé.

Membre de la famille : conjoint ou concubin notoire, ou partenaire pacsé, père, mère, sœur, frère, enfant, ou tuteur légal du Bénéficiaire.

Personne dépendante : toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ». Il peut s'agir de l'Adhérent ou de toute personne qui est déclarée fiscalement à la charge de l'Adhérent et vivant sous le même toit que lui.

Pièces justificatives : ensemble des documents pouvant être demandé par l'Assisteuse afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis d'imposition dans le cadre d'un ayant droit à charge, facture...).

Proche : les ascendants et descendants au 1er degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire pacsé, le tuteur légal du Bénéficiaire, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur du Bénéficiaire ou à défaut toute autre personne désignée par l'assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays ou le même département pour les DROM que le Bénéficiaire.

Responsabilité civile : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.

Soins médicalement nécessaires : dans le cadre de la carte Européenne d'Assurance maladie, il s'agit des traitements qui évitent à un Bénéficiaire de rentrer dans le pays où il est domicilié pour se faire soigner et lui permettent de terminer son séjour dans des conditions médicales sûres.

Téléassistance : désigne un service permettant à la personne équipée, par une simple pression du médaillon d'alerte ou un appui sur le boîtier d'interphonie, d'être mis en relation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec une plateforme de téléassistance dédiée à la gestion des alertes d'urgence et du lien social.

Transport : sauf mention contraire, les transports organisés s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touriste (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 kilomètres) et **dans la limite de 500 euros TTC** pour les transports en France ou dans les DROM. L'Assisteuse est seul décisionnaire du moyen utilisé.

ÉCOUTE, CONSEIL & ORIENTATION

9. ÉCOUTE, CONSEIL & ORIENTATION

Le service Ecoute, Conseil & Orientation est un service dédié aux Bénéficiaires afin d'assurer une écoute, des conseils, une orientation et un soutien permanent à chaque moment important de la vie. L'Assisteuse peut notamment informer sur les garanties d'Assistance, les dispositifs de services à la personne, les aides légales ou extra légales existantes au regard des besoins et de la situation des Bénéficiaires, les solutions d'adoption des Animaux de compagnie existantes en cas de décès du propriétaire de l'animal.

L'Assisteuse peut également, sur demande, réaliser l'intermédiation avec les acteurs et prestataires de proximité qui pourront aider et réaliser les services dont le Bénéficiaire a besoin. **Le coût de la prestation reste à la charge du Bénéficiaire.**

10. INFORMATION JURIDIQUE

Nos chargés d'informations juridiques répondent à toutes questions d'ordre :

Réglementaire :

- habitation/logement,
- justice/défense/recours,
- vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant...),
- assurances sociales/ allocations / retraites,
- fiscalité,
- famille.

Pratique :

- consommation,
- vacances/loisirs,
- formalités/cartes/permis,
- enseignement/Formation.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures. Nos prestations de conseils et d'informations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques... **En aucun cas, elle ne pourra faire l'objet d'une confirmation écrite et ne pourra porter sur une procédure en cours.**

11. CONSEILS ET INFORMATIONS MÉDICALES

Les conseils médicaux sont délivrés par des médecins disponibles à tout moment dans le respect de la déontologie médicale : confidentialité et secret médical. Ce service ne peut en aucun cas remplacer le médecin traitant ni donner lieu à une prescription médicale. L'Assisteuse ne pourra être tenu responsable de l'interprétation que le Bénéficiaire pourra en faire.

En cas d'urgence, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers, les services médicaux d'urgence (SAMU, 15, 112).

Des informations médicales destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur des thèmes tels que :

- infections et maladies sexuellement transmissibles (IST et MST),

- contraception,
- interruption volontaire de grossesse (IVG),
- hygiène de vie (consommation alcool, tabac, alimentation).

Des informations générales peuvent être délivrées dans les domaines suivants :

- grossesse, puériculture et maladies infantiles,
- hygiène de vie, sport,
- pathologies liées au vieillissement,
- vaccinations, réactions aux médicaments,
- addictions, comportements excessifs (alimentaires, jeux, achats compulsifs),
- diététique, régimes,
- médecines complémentaires, médecines douces,
- santé en voyage : vaccins, précautions médicales.

Des informations liées à la santé au travail peuvent être apportées à propos :

- maladies professionnelles,
- troubles musculo squelettiques (TMS),
- risques psychosociaux (RPS),
- bilans de santé.

12. ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE A LA PARENTALITÉ

Ce service permet aux parents ou futurs parents de bénéficier, à leur demande, d'informations, de conseils et de soutien par téléphone (soins, éducation, modes de garde, développement de l'enfant, socialisation, hygiène, santé et nutrition) concernant le jeune enfant de 0 à 6 ans.

Sur demande, l'Assisteuse met à disposition des Bénéficiaires un interlocuteur qualifié et prend en charge le coût de ses conseils.

13. ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE EN CAS DE DÉCÈS

A ENREGISTREMENT ET RESPECT DES VOLONTÉS

Il s'agit de la volonté manifestée par le Bénéficiaire, quant aux indications d'organisation de ses obsèques.

Le Bénéficiaire dispose d'un service permettant d'enregistrer ses volontés quant à ses obsèques, à savoir : le mode de sépulture, le type de cérémonie, la nature du culte, le lieu d'inhumation ou la destination des cendres, la présence de fleurs, ainsi que les personnes à prévenir.

Cet enregistrement peut être fait dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat. Sur simple appel téléphonique auprès de l'Assisteuse, il communiquera ses volontés essentielles qui seront confirmées par courrier et notifiées sur un formulaire d'enregistrement sous un code confidentiel. Ce code confidentiel sera nécessaire lors de tout appel ultérieur, soit pour que l'Adhérent puisse modifier le contenu de l'enregistrement de ses volontés, soit au moment de son décès, sur demande d'un ayant droit ou de la personne de confiance désignée par le défunt, détenant les informations d'accès. Lors du décès d'un des Bénéficiaires, et sur demande de l'un des autres Bénéficiaires désignés à l'article « DOMAINE D'APPLICATION - 1. BÉNÉFICIAIRES » ou de la personne de confiance, désignée par le défunt, l'Assisteuse communiquera le contenu de cet enregistrement.

Ce service est ouvert dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat sur simple appel téléphonique.

B ORGANISATION DES OBSEQUES

Afin d'apporter concrètement aide et assistance aux Bénéficiaires, l'Assisteuse propose l'organisation conjointe des obsèques dans le respect des souhaits émis par la famille et/ou l'assuré décédé. L'Assisteuse conseille et organise, pour le compte des Bénéficiaires, toutes les démarches relatives au décès dans le cadre du budget prévu par ces derniers. **Le coût des obsèques reste à la charge des Bénéficiaires.**

C ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

En cas de décès de l'un des Bénéficiaires, ce service permet à l'entourage du Bénéficiaire de bénéficier, à sa demande, du programme suivant :

- analyse de la situation tant au niveau des aides nécessaires que des moyens de les financer (bilan des ressources et dépenses, droits acquis...),
- information sur l'ensemble des droits aux prestations, démarches administratives et dossiers sociaux à constituer,
- aide et accompagnement dans les démarches et formalités à accomplir,
- évaluation des dépenses correspondant aux services à mettre en œuvre,
- assistance à la mise en place de la solution psycho-sociale proposée.

La prestation est soumise au secret professionnel et l'Assisteuse ne se substitue pas aux intervenants habituels (professionnels médicaux, agents administratifs et sociaux...).

ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

Lorsqu'un Bénéficiaire fait face à :

- une dépendance/perte d'autonomie,
- un aléa de santé,
- un arrêt de travail,
- un risque suicidaire,
- une rupture familiale,
- un isolement social,
- une addiction comportementale ou à un produit,
- la perte de son emploi,
- la souffrance au travail,
- l'inadaptation du logement,
- un risque de précarité financière,
- le décès d'un proche.

L'Assisteur propose la mise en relation avec une équipe de spécialistes pour l'écouter, le conseiller et l'accompagner dans la durée à chaque aléa de vie. L'équipe est composée d'assistants de service social, de conseillers en économie sociale et familiale et de psychologues. Chaque prise en charge est assurée par le même référent, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels. Toutefois, chaque fois que cela est utile, une prise en charge multiple (dimensions sociale et psychologique) pourra être proposée par le professionnel référent.

Le service est accessible du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30. Les entretiens téléphoniques individuels sont illimités, sous réserve de l'évaluation du professionnel référent. Un relais avec les acteurs de proximité est organisé chaque fois que nécessaire. Seuls les Bénéficiaires majeurs âgés de 18 ans révolus peuvent bénéficier d'un accompagnement psycho-social. Sont exclus de la prestation d'accompagnement psycho-social les mineurs émancipés ou non émancipés.

L'Assisteur s'engage à :

- fixer le premier rendez-vous téléphonique dans les cinq (5) jours ouvrés suivant le premier contact,
- assurer les entretiens de suivi utiles à l'accompagnement,
- apprécier l'utilité des entretiens d'accompagnement dans le respect du cadre éthique et déontologique régissant les professions d'assistant social, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur et psychologue.

14. UN SERVICE D'APPELS DE CONVIVIALITÉ

Ce service permet de :

- rompre l'isolement,
- apporter du réconfort,
- aider à restaurer le lien social,
- ouvrir un espace de parole,
- être le dépositaire d'histoires de vie.

15. UN SERVICE DE CONSEIL SOCIAL

Les travailleurs sociaux apportent :

- information, conseil, orientation,
- accès aux droits,
- orientation vers un réseau de service à domicile, recherche d'établissement,
- informations sur les secours financiers,
- soutien budgétaire (outils de gestion du budget mensuel, gestion au quotidien, gestion bancaire),
- soutien à la vie quotidienne (alimentation, retour vers l'emploi, logement...),
- conseils, échanges, informations à visée éducative, dont l'objectif est l'autonomie de la personne.

16. UN SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Les psychologues prodiguent :

- une aide à la prise de distance,
- un soutien psychologique ponctuel,
- une écoute et des conseils dans les situations problématiques,
- des outils de gestion du stress, de l'anxiété.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION, DE MATERNITÉ, D'IMMOBILISATION

17. PRESTATIONS EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE

Acheminement des médicaments ou Accompagnement aux courses

Si le Bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'Assisteur organise et prend en charge la livraison des médicaments indispensables au traitement immédiat du Bénéficiaire ou l'accompagnement aux courses. La mise en place de cette prestation est conditionnée par la réception avant le déclenchement de la prestation d'un certificat médical stipulant le fait qu'il ne peut se déplacer, ni se faire aider de son entourage. **Les médicaments et les courses restent à la charge du Bénéficiaire et doivent être disponibles dans un rayon maximum de 50 kilomètres du domicile du Bénéficiaire.**

Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.

18. PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 48 HEURES, EN CAS DE MATERNITÉ DE PLUS DE 4 JOURS OU EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS OU PRÉVUE DE PLUS DE 10 JOURS

L'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place la prestation la plus adaptée à ses besoins dans la limite du plafond mentionné.

Ces prestations s'appliquent pendant ou après l'hospitalisation et la maternité ou pendant l'immobilisation à tous les Bénéficiaires, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants.

A AIDE A DOMICILE

L'Assisteur met à disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, à raison d'un maximum de 10 heures.

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteur.

B PRESTATIONS DE BIEN-ETRE ET DE SOUTIEN

Si le Bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) une autre prestation à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile :

- auxiliaire(s) de vie,
- entretien(s) du linge,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- petit jardinage,
- séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
- service(s) de portage de repas,
- séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.

C GARDE DES ENFANTS OU PETITS-ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'AGE)

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, d'enfants handicapés (sans limite d'âge) ou s'il s'agit de l'hospitalisation ou de l'immobilisation d'un enfant ayant une fratrie, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ou pendant l'immobilisation. Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

D GARDE DES PERSONNES DÉPENDANTES

Si le Bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ou pendant l'immobilisation ;

- soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

E GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé **à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours.**

Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en centres de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centres de convalescence, en maisons de repos et centres de cure thermale.

F DISPOSITIF DE TÉLÉASSISTANCE

L'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement **à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum.** L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

G PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

L'Assisteur organise et prend en charge le transport aller/retour d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM, jusqu'au domicile du Bénéficiaire ou jusqu'à son lieu d'hospitalisation.

19. PRESTATIONS EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE D'UN ENFANT BÉNÉFICIAIRE

A GARDE D'ENFANTS MALADES OU BLESSÉS A DOMICILE DE MOINS DE 16 ANS

Afin de permettre au Bénéficiaire de continuer à assurer son activité professionnelle au cas où l'un de ses enfants est malade ou blessé au domicile, l'Assisteur propose au Bénéficiaire l'organisation et la prise en charge d'une garde d'enfants compétente à domicile **pour une période de 5 jours ouvrables maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour** ou si le Bénéficiaire le souhaite, l'Assisteur prend en charge le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

Cette prestation ne s'appliquera qu'au-delà des jours de congés de garde d'enfants malades accordés par la convention collective du Bénéficiaire salarié.

Justificatifs

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé par mail à medecinconseil@rmassistance.fr ou sous pli confidentiel à : Plateforme d'Assistance MNT - à l'attention du médecin-conseil - 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU Cedex, indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé.

Le Bénéficiaire devra impérativement communiquer au médecin-conseil de l'Assisteur les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, de telle sorte qu'il puisse, si l'état de l'enfant l'exigeait, se mettre en relation avec lui. Le Bénéficiaire autorisera la personne qui gardera l'enfant à joindre le médecin-conseil de l'Assisteur par téléphone (autant que nécessaire).

B ÉCOLE A DOMICILE

La prestation « École à domicile » est acquise en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital et ce, **à compter du 14ème jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant.** Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. **Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires, ni les jours fériés et elle cesse dès que l'enfant a repris ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.**

L'Assisteur oriente, conseille et accompagne les parents pour la mise en place de cette prestation dans les meilleurs délais et prendra en charge :

- soit les coûts non défiscalisables occasionnés ou l'organisation de la prestation **dans la limite d'un maximum de 10 heures de cours par semaine**, tous cours confondus (avec un minimum de 2 heures de cours par déplacement de l'intervenant), en fonction de l'âge de l'enfant et de la classe suivie ;
- soit l'accès à la plateforme de soutien scolaire de l'Assisteur.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale de l'enseignement général ou technique dans les matières principales : français, philosophie, histoire-géographie, mathématiques, sciences économiques et sociales, sciences de la vie et de la terre, physique-chimie, 1^{re} et 2^e langues vivantes.

Si des cours sont demandés par le Bénéficiaire au-delà du nombre d'heures défini par semaine par l'Assisteur, ils seront financièrement à sa charge.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de la prestation.

Justificatifs

Le Bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale de l'Assisteur un certificat de scolarité ainsi qu'un certificat médical justifiant l'intervention. Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

Délai de mise en place

Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répéteur.

20. PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE, SUITE À UNE MALADIE, UN ACCIDENT OU UNE BLESSURE LORS D'UN DÉPLACEMENT À PLUS DE 50 KILOMETRES DU DOMICILE EN FRANCE OU DANS LES DROM

A CONSEIL MÉDICAL EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT OU DE BLESSURE

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur donne à un Bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'Assisteur se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. Le médecin de l'Assisteur propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par le Bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'Assisteur.

B TRANSFERT MÉDICAL

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de l'Assisteur propose des prescriptions ou prestations médicales.

Celles-ci peuvent être :

- la poursuite du traitement, un transfert pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- le transfert du Bénéficiaire vers un établissement de soins mieux adapté aux problèmes de santé du patient, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- en cas d'accident ayant nécessité un passage aux urgences ou une hospitalisation entraînant une immobilisation, l'organisation et la prise en charge du retour au domicile du Bénéficiaire, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient et accord de l'équipe médicale de l'Assisteur et si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé.

Selon l'état du Bénéficiaire, les transferts sont organisés avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre).

Suivant le cas, ils s'effectuent :

- en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi,
- en utilisant le véhicule du Bénéficiaire conduit par un chauffeur qualifié, envoyé par l'Assisteur,
- en train,
- en avion de ligne régulière,
- en avion sanitaire.

Cette liste n'est pas limitative.

L'Assisteur se charge :

- de l'organisation du transfert,
- de la réservation d'un lit auprès de l'établissement de soins choisi,
- de l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état du Bénéficiaire, collaborer avec le médecin traitant et organiser son transfert éventuel,
- de l'accueil à l'arrivée.

L'Assisteur prend en charge les frais correspondants restant à charge du Bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale et d'éventuels organismes complémentaires et sous condition qu'une demande d'entente préalable ait été faite auprès de la Sécurité Sociale. **Les transferts médicaux d'un établissement hospitalier vers un autre établissement de soins, pour**

raisons de confort ou rapprochement familial, sont exclus d'une éventuelle prise en charge. Par ailleurs, aucun transport ne peut être pris en charge par l'Assisteur, s'il n'a pas été préalablement décidé par le médecin de l'Assisteur. Ainsi, l'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du Bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical :

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de l'Assisteur, après contact avec le médecin traitant sur place et la famille du Bénéficiaire. Seul l'intérêt médical du Bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

IMPORTANT :

Tout refus par le Bénéficiaire ou par son médecin traitant, soit des prestations, soit des prescriptions médicales proposées par l'Assisteur entraîne la nullité du bénéfice de la prestation.

C RETOUR DES ACCOMPAGNANTS

Lorsqu'un Bénéficiaire est transporté dans le cas d'un accident faisant suite à un passage aux urgences ou une hospitalisation, entraînant une immobilisation, l'Assisteur organise et prend en charge le transport des proches se déplaçant avec lui jusqu'au domicile de celui-ci si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé par ces proches.

21. PRESTATION EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS LORS D'UN DÉPLACEMENT À PLUS DE 50 KILOMETRES DU DOMICILE EN FRANCE OU DANS LES DROM

Déplacement et hébergement d'un proche

Dans le cas où l'état du Bénéficiaire non accompagné ne justifie pas ou empêche un transfert ou un retour immédiat, et que son hospitalisation sur place doit dépasser 5 jours, l'Assisteur organise et prend en charge pour un proche ou une personne désignée par lui, le transport aller/retour pour lui permettre de se rendre à son chevet ; ceci uniquement au départ du pays où le Bénéficiaire a son domicile principal. L'Assisteur organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais à concurrence de 125 euros TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits. Dans le cas où un membre de la famille ou une personne désignée par le Bénéficiaire se trouve déjà sur place, l'Assisteur organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester à son chevet. L'Assisteur participe aux frais d'hébergement à concurrence de 125 euros TTC par nuit, avec un maximum de 5 nuits. L'Assisteur prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à l'Assisteur, dans les meilleurs délais. Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.

CADRE JURIDIQUE

22. ASSUREUR DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 46 rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682.

23. CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION DES GARANTIES

A COMPORTEMENT ABUSIF

L'Assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le Bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire du contrat.

L'Assisteur réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère du Bénéficiaire ou de non-remboursement d'une avance de frais, l'Assisteur réclamera s'il y a lieu au Bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

B RESPONSABILITÉ

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le Bénéficiaire de soins ou d'examen préalable à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par l'Assisteur.

L'Assisteur ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

L'Assisteur ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique ou pandémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales.

L'Assisteur ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

C CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de manquement aux obligations de la présente notice d'information, si celui-ci résulte :

- de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,
- d'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc,
- d'événements tels que guerre civile ou étrangère,
- de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

24. EXCLUSIONS

EXCLUSIONS COMMUNES A L'ENSEMBLE DES PRESTATIONS

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :

- les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage,
- les dommages provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif de l'alcool ainsi que l'état de sevrage ou de manque qu'ils s'agissent de médicaments, drogues ou d'alcool,
- les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles,
- les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome,
- les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure,
- tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle,
- les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge des services de l'Assisteur matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au Bénéficiaire.

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, les cures thermales et les cures de thalassothérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, ainsi que leurs conséquences.

25. NULLITÉ DE LA PRESTATION

Si le Bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'Assisteur, le Bénéficiaire organise en ce

cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'Assisteur étant déchargé de toute obligation.

En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le Bénéficiaire.

26. RECOURS

Le Bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'Assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

27. SUBROGATION

L'Assisteur est subrogé à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du Bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assisteur ; c'est-à-dire que l'Assisteur effectue en lieu et place du Bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si l'Assisteur l'estime opportun.

28. PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de l'exécution de la présente notice d'information sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du Bénéficiaire, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

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

Quand l'action de l'Adhérent, du Bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union 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 (Article L221-11 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par la mutuelle ou l'union au Bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L221-12 du Code de la mutualité).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

29. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles du Bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex feront l'objet d'un traitement.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des Bénéficiaires. A défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des Bénéficiaires.

Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du Bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du Bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, RMA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par RMA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au Bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le Bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, RMA met également en œuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes

présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé.

Les données de santé du Bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles du Bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de RMA et ne seront communiquées qu'aux prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance à l'international.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Economique Européen.

Les données personnelles des Bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le Bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le Bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le Bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de RMA.

Le Bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : dporma@rmassistance.fr ou en contactant : RMA – DPO, 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex. En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le Bénéficiaire peut saisir la CNIL.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le Bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier à WORLDLINE - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex ou par Internet à l'adresse suivante : <https://www.bloctel.gouv.fr>.

30. RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le Bénéficiaire peut effectuer une réclamation auprès de RMA :

- Par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la présente notice.
- Si le Bénéficiaire n'a pas immédiatement obtenu satisfaction par téléphone, ou s'il souhaite effectuer sa réclamation par écrit, il peut adresser sa réclamation à l'adresse du siège social : RMA – Service Qualité – 46, rue du Moulin – CS 32427 – 44124 VERTOU Cedex.

RMA adressera un accusé de réception dans un délai maximal de dix (10) jours ouvrables à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au Bénéficiaire dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

Si un désaccord subsiste, le Bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, sur le site du Médiateur (<https://www.mediateur-mutualite.fr/>) ou à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF - 255, rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15.

31. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4, place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.

