NOTICE D'INFORMATION

VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES & CONDITIONS PARTICULIÈRES

CONVENTION DE PARTICIPATION SANTÉ CDG 33

Date d'effet de cette NOTICE D'INFORMATION : 01/01/2027

La Notice d'Information de la Convention de Participation Santé est composée des documents suivants :

- Conditions Générales MNFCT page 2
- Conditions Particulières - Annexe aux Conditions Générales Page 18

Conditions générales MNFCT

(dispositions communes à tous les contrats santé MNFCT)

MNFCT – Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, membre de la Mutualité Française. SIREN : 784 442 899.
Siège social, Tour KEIKO 127-129, quai du Président Roosevelt, 92130 Issy-les-Moulineaux, substituée par Macif Santé Prévoyance – Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, membre de la Mutualité Française. SIREN : 779 558 501. Siège social : 1 rue Jacques Vandier, 79000 Niort

CONDITIONS GÉNÉRALES

VALANT NOTICE D'INFORMATION À REMETTRE PAR L'EMPLOYEUR AUX AGENTS ET À CONSERVER PAR L'ASSURÉ OU MEMBRE PARTICIPANT

CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE

PRÉAMBULE

Le contrat est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par la personne morale souscriptrice, au profit des collectivités et établissements de son ressort, et de leurs agents, auprès de la Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales, dont le siège social est situé Tour KEIKO 127-129, quai du Président Roosevelt, 92130 Issy-les-Moulineaux, Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 784 442 899, ci-après désigné par le terme « Organisme Assureur ».

En application de l'article L.211-5 du Code de la Mutualité, Macif Santé Prévoyance, mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501. Siège social : 1 rue Jacques Vandier - 79000 Niort, se substitue intégralement à la Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales (MNFCT) pour la constitution des garanties d'assurance maladie et accident offertes aux membres participants de la MNFCT et à leurs ayants droit ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches d'assurance 1 et 2 tels qu'ils sont définis dans les règlements mutualistes de la MNFCT et s'il y a lieu dans les contrats collectifs.

Macif Santé Prévoyance donne à la MNFCT sa caution solidaire pour l'ensemble des engagements financiers et charges de la substituée, y compris non assurantiels vis-à-vis des membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale.

Si l'agrément de Macif Santé Prévoyance lui était retiré ou était déclaré caduc pour les branches 1 et 2 les garanties seraient résiliées le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou membre participant qui a acquitté la cotisation.

Les dispositions contractuelles comprennent les conditions générales du contrat collectif à adhésion facultative ainsi que les conditions particulières propres à la personne morale souscriptrice.

Le contrat a pour objet de définir les modalités et conditions selon lesquelles La Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales assure au bénéfice des agents des collectivités et établissements du ressort de la personne morale souscriptrice remplissant les conditions définies aux conditions particulières, une garantie complémentaire collective « Frais de santé » à adhésion facultative.

Ce contrat concerne l'ensemble des agents en activité y compris les agents en arrêt de travail des collectivités et établissements du ressort de la personne morale souscriptrice, de droit public ou de droit privé, ainsi que les retraités des collectivités et établissements du ressort de la personne morale souscriptrice, et leurs familles.

L'adhésion au contrat est individuelle et facultative.

Ce présent document vaut également notice d'information et est remis à l'agent par son Employeur. Ce dernier informe chaque agent des éventuelles modifications apportées à ses droits et obligations par la remise de nouvelles Conditions Générales valant notice d'information.

- Chaque agent membre du personnel ou retraité admis à l'assurance est appelé « membre participant »
- La collectivité ou l'établissement du ressort de la personne morale souscriptrice est appelé « adhérent » ou « personne morale adhérente »
- La personne morale souscriptrice est appelée « personne morale souscriptrice »

L'offre est conforme à la réglementation française en vigueur (Code de la Mutualité, Code des Assurances, Code de la Consommation, Code de la Sécurité Sociale…). La langue utilisée est le français.

La Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales a délégué la gestion des contrats, des cotisations et des prestations de soins à Macif Santé Prévoyance, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501. Siège social : 1 rue Jacques Vandier – 79000 Niort, nommé « Gestionnaire » dans le présent document.

LES DÉFINITIONS ESSENTIELLES POUR COMPRENDRE L'OFFRE

Les définitions ci-dessous visent à faciliter la compréhension de l'offre. Un lexique des termes techniques est également disponible en fin de document.

ASSURÉ ou BÉNÉFICIAIRE
Personne physique nommément désignée dans le bulletin d'adhésion individuel sur qui reposent les garanties.

CONTRAT FACULTATIF
Ce terme désigne le contrat collectif à adhésion facultative souscrit par la personne morale souscriptrice auprès de l'Organisme Assureur et ayant pour objet de proposer au membre participant des garanties complémentaires tant pour lui-même que pour ses ayants droit.

PERSONNE MORALE SOUSCRIPTRICE
Personne morale ayant souscrit le contrat collectif à adhésion facultative au profit des agents des collectivités et établissements de son ressort.

PERSONNE MORALE ADHÉRENTE
La collectivité ou l'établissement du ressort de la personne morale souscriptrice, ayant adhéré au contrat collectif souscrit par la personne morale souscriptrice.

GESTIONNAIRE
Macif Santé Prévoyance, mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501. Siège social : 1 rue Jacques Vandier – 79000 Niort.

MEMBRE PARTICIPANT
Agent défini aux conditions particulières. L'agent peut choisir d'adhérer à l'une des formules du contrat collectif à adhésion facultative pour lui-même et ses ayants droit.

L'ORGANISME ASSUREUR
La Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales, dont le siège social est situé Tour KEIKO 127-129, quai du Président Roosevelt – 92130 Issy-les-Moulineaux, Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 784 442 899.

CHAPITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 – NATURE ET OBJET DU CONTRAT

Ce contrat a pour objet de proposer au membre participant, tant pour lui-même que pour ses éventuels ayants droit, des garanties complémentaires collectives en complément des prestations en nature versées par le Régime Obligatoire d'assurance maladie, des frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident garanti, prescrits par une autorité médicale qualifiée, sous réserve des frais réellement engagés et des dispositions prévues aux présentes conditions générales et conditions particulières.

Le présent contrat facultatif est composé :

- Des conditions générales décrites dans le présent document
- Des conditions particulières, du bulletin d'adhésion employeur et du bulletin d'adhésion individuel qui forment un tout indivisible.

Ces remboursements sont accordés sous réserve des limitations de garanties et exclusions prévues aux présentes conditions générales.
Le contrat permet également de bénéficier de garanties d'assistance.

ARTICLE 2 – DURÉE ET RÉSILIATION DU CONTRAT

Le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières. Il est conclu pour une durée précisée aux conditions particulières.
Il peut être résilié par la personne morale souscriptrice selon les dispositions prévues aux conditions particulières.
Il peut être résilié au 31 décembre de chaque année à l'initiative de l'assureur, par lettre recommandée avec accusé réception, moyennant un préavis indiqué aux conditions particulières.
La résiliation du contrat est effective le 31 décembre de l'année de dénonciation à minuit.

ARTICLE 3 – ADHÉSION DE LA PERSONNE MORALE ADHÉRENTE

Pour adhérer au contrat facultatif, l'employeur doit compléter, dater et signer le bulletin d'adhésion employeur délivré par l'Organisme Assureur.
L'adhésion de la personne morale adhérente prend effet au plus tôt à la date d'effet du contrat collectif ou à la date précisée sur le bulletin d'adhésion employeur.
La personne morale adhérente peut demander la résiliation de son adhésion :
- au 31 décembre de chaque année, moyennant un préavis indiqué aux conditions particulières. La résiliation du contrat est effective le 31 décembre de l'année de dénonciation à minuit.
- à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. La résiliation prendra effet à la date précisée dans l'avis de résiliation et au plus tôt un mois après réception de la demande.

Dans tous les cas, l'entreprise souscriptrice doit adresser sa demande :
- par courrier postal à l'adresse : MNFCT – Tour KEIKO 127-129, quai du Président Roosevelt – 92130 Issy-les-Moulineaux ;
- par courrier électronique à l'adresse : ubal_gestion-contrat-collectif@macif.fr
- par déclaration au siège social de la MNFCT ;
- par acte extrajudiciaire ;

L'Organisme Assureur confirmera par écrit à l'entreprise souscriptrice avoir reçu sa demande de résiliation.

ARTICLE 4 – ADHÉSION DU MEMBRE PARTICIPANT

Pour adhérer au contrat facultatif, le membre participant doit appartenir au groupe assuré soit :

- L'ensemble du personnel relevant de la catégorie bénéficiaire précisée aux conditions particulières, pour lequel le contrat a été souscrit, et régulièrement inscrit sur le registre du personnel de la personne morale adhérente,
- L'ensemble des agents retraités dont la personne morale adhérente était le dernier employeur.

Le membre participant et ses ayants droit peuvent choisir un niveau de garantie parmi ceux prévus aux conditions particulières. La formule de garantie choisie est déterminée sur le bulletin d'adhésion individuel à compléter.

Préalablement à l'adhésion, la MNFCT devra avoir remis :

- Le document d'information sur le produit d'assurance (DIPA),
- Le bulletin d'adhésion, les documents « Statuts », « Règlement Intérieur » et le présent document.

ARTICLE 5 : AYANTS DROIT

Affiliation des ayants droit
L'affiliation des ayants droit du membre participant est facultative.

Définition des ayants droit
Sont considérés comme ayants droit du membre participant :

- Les personnes considérées par la Sécurité Sociale comme étant à sa charge,
- Son conjoint assuré social (ou la personne, assurée sociale, qui vit maritalement avec le membre participant ou qui lui est lié par un pacte civil de solidarité) et les personnes considérées par la Sécurité Sociale comme étant à la charge de celui-ci,
- Les enfants assurés sociaux âgés de moins de 26 ans et appartenant à l'une des catégories suivantes :
  - Etudiants de l'enseignement secondaire ou supérieur (y compris dans le cadre d'une formation en alternance : contrat d'apprentissage, contrat de qualification…), sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée pendant plus de 3 mois dans l'année ou que la rémunération versée par l'employeur ne dépasse pas 60% du SMIC ;
  - A la recherche d'un premier emploi à condition d'être inscrits comme tels auprès de France Travail.
- Les enfants assurés sociaux sans limite d'âge lorsqu'ils perçoivent l'une des allocations pour personnes handicapées.

Prise d'effet des garanties des ayants droit
Les garanties des ayants droit prennent effet en même temps que l'adhésion de l'agent au contrat selon les dispositions prévues à l'article 6 des présentes conditions générales.

En outre, en cas de modification de la situation de famille (mariage, naissance, divorce, …), lorsque la demande est reçue dans les 30 jours qui suivent l'événement, la modification de situation prend effet au 1er jour du mois de cet événement.
Une adhésion rétroactive au 1er jour du mois est assortie du paiement intégral de la cotisation du mois considéré.

Cessation de l'assurance des ayants droit
La qualité d'ayants droit se poursuit jusqu'au 31 décembre de l'année au titre de laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions pour être considérés comme ayants droit du membre participant.

Le membre participant peut demander la radiation de l'assurance de tout ou partie de ses ayants droit moyennant le respect d'un préavis de deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours. Cette radiation prend effet au 31 décembre de l'année de la demande.
En cas de modification de la situation de famille, le membre participant peut néanmoins demander en cours d'exercice la radiation de l'assurance de tout ou partie de ses ayants droit.

ARTICLE 6 – DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

A la date d'effet de l'adhésion de la personne morale adhérente : L'adhésion des agents prend effet à la même date d'effet de l'adhésion de la personne morale adhérente sous réserve de répondre aux conditions cumulatives suivantes :

- Être inscrit sur le registre du personnel de la personne morale adhérente,
- Avoir complété le bulletin d'adhésion individuel,
- Avoir payé la cotisation.

En cours d'effet de l'adhésion de la personne morale adhérente : l'adhésion des agents prend effet le 1er jour du mois civil suivant la date de signature du bulletin d'adhésion individuel, sous réserve de répondre aux conditions cumulatives suivantes :

- Être inscrit sur le registre du personnel de la personne morale adhérente,
- Avoir complété le bulletin d'adhésion individuel,
- Avoir payé la cotisation.

Dans ce cas, l'adhésion prend effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande.
Toutefois, en cas de demande expresse du membre participant, l'adhésion peut prendre effet au 1er jour du mois considéré, en cas de demande d'adhésion avant le 15 du mois. En outre, en cas de modification de la situation de famille (mariage, naissance, divorce, …), lorsque la demande est reçue dans les 30 jours qui suivent l'événement, la modification de situation prend effet au 1er jour du mois de cet événement.
Une adhésion rétroactive au 1er jour du mois est assortie du paiement intégral de la cotisation du mois considéré.

Toutefois, lorsque l'adhésion au contrat intervient dans le cadre d'un mandat de résiliation prévu à l'article L. 221-10-2 du Code de la Mutualité, l'adhésion prend effet au lendemain de la prise d'effet de la résiliation du précédent contrat souscrit auprès d'un autre assureur.

L'adhésion est souscrite pour une période allant de sa date d'effet au plus jusqu'à la date de fin d'effet mentionnée aux conditions particulières, sauf résiliation notifiée dans les conditions prévues à l'article 9 ci-après.

ARTICLE 7 : DÉCLARATIONS

Entrée dans l'assurance
La personne morale adhérente doit fournir à l'Organisme Assureur, pour chaque membre participant entré dans l'assurance :

- Le bulletin d'adhésion individuel délivré par celui-ci, dûment complété et signé par le membre participant accompagné des documents nécessaires (attestation d'assuré social, justificatif de scolarité, copie de la carte d'étudiant…)

OU

- La liste des agents ainsi que les informations nécessaires (notamment pour la mise en place de la télétransmission).

Le Gestionnaire se réserve le droit, à tout moment, de demander au membre participant de lui adresser les justificatifs de la qualité d'ayant droit des personnes couvertes par son adhésion.

Modification de la situation d'un membre participant
Toute modification de la situation d'un membre participant doit faire l'objet d'une information immédiate de la part de ce dernier au Gestionnaire et de la fourniture des documents adéquats tels que susvisés.
S'agissant de l'ajout d'un ayant droit nouveau-né, la photocopie de la page correspondante du livret de famille doit être transmise ou un extrait de l'acte de naissance.

Sortie de l'assurance
Toute sortie de l'assurance d'un membre participant ou d'un ayant droit doit faire l'objet d'une information immédiate au Gestionnaire. A défaut, le Gestionnaire se retournera contre le membre participant pour récupérer toutes les prestations indûment perçues. En cas de décès d'un membre participant, la personne morale adhérente doit en informer le Gestionnaire dans les deux mois suivant le décès.

ARTICLE 8 – MODIFICATION DE FORMULES

Le membre participant peut demander la modification de la formule choisie à la hausse ou à la baisse sous réserve qu'il bénéficie de sa formule depuis plus de 12 mois. La modification des garanties prend effet à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion individuel, et au plus tôt le 1er jour du mois suivant la signature de la demande.

ARTICLE 9 – CESSATION DES GARANTIES

Le membre participant peut dénoncer son adhésion :
- à l'échéance annuelle, moyennant un préavis de 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours. La dénonciation prend effet le 31 décembre de l'année de réception de la demande, à minuit.
- à tout moment, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. La résiliation prendra effet à la date précisée dans l'avis de résiliation et au plus tôt un mois après réception de la demande.

Dans tous les cas, le membre participant doit adresser sa demande :
- par courrier postal à l'adresse : MNFCT – Centre de Gestion de Niort – CS 30000 – 79077 NIORT Cedex 9 ;
- par courrier électronique via son espace adhérent sur https://adherents.mnfct.fr
- par acte extrajudiciaire ;

L'Organisme Assureur confirmera par écrit au membre participant avoir reçu sa demande de résiliation.

Les garanties cessent également :
- En cas de résiliation par la personne morale souscriptrice du présent contrat collectif
- A la date à laquelle le membre participant n'appartient plus à la catégorie de personnel visée par les conditions particulières
- En cas de non-paiement des cotisations dans les conditions définies au présent document

ARTICLE 10 - RÉVISION DES GARANTIES

Les garanties sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de la conclusion des contrats.
Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.
En cas de désaccord, le membre participant doit en aviser le Gestionnaire par écrit dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la modification. Ce refus entraîne la fin de l'adhésion immédiatement. A défaut, le membre participant est réputé accepter le changement.

CHAPITRE II : COTISATION

ARTICLE 11 – MONTANT DE LA COTISATION

La cotisation annuelle est due à l'Organisme Assureur, soit par la personne morale adhérente en cas de précompte, soit par chaque membre participant en l'absence de précompte par la personne morale adhérente. Elle est payable, en France et en euros, mensuellement ou trimestriellement à terme échu en cas de précompte par la personne morale adhérente et mensuellement d'avance en l'absence de précompte par la personne morale adhérente.
L'intégralité de la cotisation est appelée auprès soit de la personne morale adhérente en cas de précompte par celle-ci, soit de chaque membre participant en l'absence de précompte, par le Gestionnaire du contrat.
Cette cotisation comprend :
- Les impôts, taxes et contributions perçus par l'Etat ou par toutes autres collectivités publiques, et dont l'assiette est constituée des cotisations encaissées par les mutuelles et/ou, par les organismes d'assurance
- Les cotisations spéciales destinées aux unions ou fédérations auxquelles adhèrent les organismes d'assurance, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.

ARTICLE 12 – INDEXATION ET RÉVISION DE LA COTISATION

La tarification est établie sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de sa conclusion. La tarification est revue sans délai en cas de changement de ces textes.
La cotisation est indexée chaque année, au 1er janvier, en fonction de l'évolution du plafond de la Sécurité Sociale. Elle peut évoluer, le cas échéant, en fonction des résultats constatés, et des perspectives d'évolutions de la sinistralité du produit.

L'évolution des cotisations ainsi définie est soumise à la personne morale souscriptrice pour acceptation.
En cas de désaccord par la personne morale souscriptrice, celle-ci doit en aviser le Gestionnaire par écrit dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de l'avis d'échéance, conformément aux dispositions de l'article L 221-6 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 13 – PAIEMENT ET FRACTIONNEMENT DE LA COTISATION

Paiement par la personne morale adhérente
La personne morale adhérente a le choix entre un paiement mensuel ou un paiement trimestriel de la cotisation. Ce choix est mentionné dans le bulletin d'adhésion employeur. La cotisation est payable à terme échu.

Elle doit être payée dans les 10 jours suivant l'échéance de cotisation.
Les moyens de paiement sont établis par la personne morale adhérente, seule responsable du paiement de la totalité des cotisations y compris la part salariale précomptée sur le salaire du membre participant.

En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'Employeur ou à un maintien partiel ou total de salaire, la cotisation continue d'être due dans les mêmes conditions que pour le personnel en activité.

Paiement par le membre participant
Dans le cas où la cotisation n'est pas précomptée sur le salaire du membre participant par l'Employeur, la cotisation est payable par prélèvement automatique sur un compte bancaire mentionné par le membre participant sur le bulletin d'adhésion individuel.

ARTICLE 14 – NON PAIEMENT DE LA COTISATION

Non-paiement par la personne morale adhérente
Conformément aux dispositions de l'article L 221-8 §1 du Code de la Mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'Organisme Assureur d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de la personne morale adhérente et de poursuivre en justice l'exécution du contrat collectif, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure de la personne morale adhérente.

Dans la lettre de mise en demeure qu'il adresse à la personne morale adhérente, le Gestionnaire 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 la personne morale adhérente est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif sauf s'il entreprend de se substituer à la personne morale adhérente pour le paiement des cotisations.

L'Organisme Assureur a le droit de résilier le contrat collectif 10 jours après le délai de 30 jours mentionné ci-dessus.
Le contrat collectif 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.

La garantie subsiste en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaire de la personne morale adhérente. En cas de résiliation de l'adhésion ou du contrat en application de l'article L. 622-13 du Code de Commerce, la portion de cotisation afférente au temps pendant lequel l'Organisme Assureur ne couvre plus le risque est restituée au débiteur.

Non-paiement par le membre participant
Conformément aux dispositions de l'article L 221-8 §2 du Code de la Mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation par le membre participant dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'Organisme Assureur de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, le Gestionnaire lui adresse, à son dernier domicile connu, une lettre recommandée de mise en demeure l'informant que l'affiliation de ses ayants droit sera résiliée 40 jours après l'envoi de cette lettre, si la cotisation reste impayée.

ARTICLE 15 – DÉLAI DE RÉTRACTATION

Dans le cadre d'un contrat souscrit à distance, à la suite d'un démarchage téléphonique ou hors établissement, le membre participant dispose d'un délai de 14 jours à compter de la conclusion du contrat pour revenir sur sa décision et ce, conformément à l'article L 121-21 du Code de la Consommation.

Suivant les dispositions de l'article L 121-21-2 du Code de la Consommation, le membre participant informe le Gestionnaire de sa décision de rétractation en lui adressant, avant l'expiration du délai de 14 jours, le formulaire de rétractation mis à disposition conformément à l'article L 121-17 du même Code, ou toute autre déclaration, dénuée d'ambiguïté, exprimant sa volonté de se rétracter.

- La cotisation dont le membre participant est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et son éventuelle rétractation.
- En cas de rétractation, le membre participant est informé que :
  . Si des prestations ont été versées, il s'engage à rembourser à l'Organisme Assureur les montants perçus dans un délai de 14 jours.
  . Si des cotisations ont été perçues, l'Organisme Assureur les remboursera dans un délai de 14 jours, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie et des prestations éventuellement versées durant cette période.

Vous trouverez ci-dessous les informations nécessaires à l'exercice de votre droit de rétractation (ANNEXE à l'article R. 121-2 du Code de la Consommation).
Vous avez le droit de vous rétracter du présent contrat sans donner de motif dans un délai de quatorze jours.
Le délai de rétractation expire quatorze jours après le jour de la conclusion du contrat.
Pour exercer le droit de rétractation, vous devez nous notifier à MNFCT Centre de gestion de Niort CS 30000 79077 Niort cedex 9 votre décision de rétractation du présent contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté (par exemple, lettre envoyée par La Poste ou courrier électronique).
Vous pouvez utiliser le modèle de formulaire de rétractation mais ce n'est pas obligatoire.
Pour que le délai de rétractation soit respecté, il suffit que vous transmettiez votre communication relative à l'exercice du droit de rétractation avant l'expiration du délai de rétractation.

Effets de rétractation
En cas de rétractation de votre part du présent contrat, nous vous rembourserons tous les paiements reçus de vous, sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard quatorze jours à compter du jour où nous sommes informés de votre décision de rétractation du présent contrat. Nous procéderons au remboursement en utilisant le même moyen de paiement que celui que vous aurez utilisé pour la transaction initiale, sauf si vous convenez expressément d'un moyen différent ; en tout état de cause, ce remboursement n'occasionnera pas de frais pour vous.
Vous devrez nous retourner votre carte de tiers payant à l'adresse de la MNFCT indiquée ci-dessus, et le cas échéant, nous rembourser les prestations versées, sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard 14 jours après notre demande de remboursement ou de restitution, faisant suite à votre décision de rétractation.

MODÈLE DE FORMULAIRE DE RÉTRACTATION (ANNEXE à l'article R 121-1 du Code de la Consommation)
(Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire uniquement si vous souhaitez vous rétracter du contrat, par La Poste à la MNFCT – Centre de gestion de Niort – CS 30000 – 79077 Niort cedex 9
Je vous notifie par la présente la rétractation de mon adhésion au contrat complémentaire santé.
Nom du contrat : _____
Signé le _____ à effet du _____
Nom du membre participant : _____
Adresse de l'adhérent : _____
Si des cotisations ont été perçues :
- Je vous prie de me rembourser les cotisations, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie.
- Je m'engage de mon côté à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.
Fait le : _____
Signature du membre participant : _____

CHAPITRE III : NIVEAU DES GARANTIES

Les formules de prestations respectent les obligations prévues à l'article L.911-7 du Code de la Sécurité Sociale relatif au panier de soins minimum ainsi que les dispositions relatives aux contrats responsables.

Elles sont fixées aux conditions particulières et s'appliquent au membre participant et à ses éventuels ayants droit.
Lorsque les conditions particulières le prévoient, le membre participant peut choisir pour lui-même comme pour ses éventuels ayants droit, le niveau des garanties, en sélectionnant sur le bulletin d'adhésion individuel l'une des formules proposées.
Les tableaux de garanties indiquent les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré ayant respecté le parcours de soins. Ces remboursements sont effectués en excluant la participation forfaitaire et la franchise annuelle de l'assuré qui restent à sa charge et dans la limite des dépenses engagées par l'assuré, conformément à la loi.
Les pourcentages sont exprimés par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité Sociale. Les forfaits en euros s'entendent par assuré et par année civile sauf précision contraire.

Les garanties définies aux conditions particulières et en annexe s'entendent sous déduction des prestations versées par le Régime Obligatoire de la Sécurité Sociale.

Garanties annexes :

Le membre participant ainsi que ses éventuels ayants droit, bénéficient également en inclusion au contrat collectif :

- Services et réseau de soins : Pour aider les membres participants à optimiser leurs dépenses de santé, l'Organisme Assureur leurs fait bénéficier de divers avantages et services, et notamment l'accès à un réseau de soins partenaire.
  Ces avantages et services permettent de bénéficier d'une aide pour l'analyse de devis de soins ; de plusieurs applications web et notamment d'un service de téléconsultation ; mais également de tarifs négociés auprès de nombreux professionnels de santé (opticiens, chirurgiens-dentistes, centres auditifs, diététiciens, ...). Les membres participants et leur(s) ayant(s) droit conservent la liberté de choix de leur professionnel de santé. Pour plus d'informations, les membres participants peuvent se rendre dans leur Espace adhérent accessible via le site www.mnfct.fr

- D'une garantie assistance pour l'assistance à domicile, souscrite auprès d'IMA Assurances, SA au capital de 157 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social se situe 118 avenue de Paris, CS 40 000, 79033 NIORT cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le n° 481 511 632 et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 9.

CHAPITRE IV : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 16 : SUBROGATION

L'Organisme Assureur est subrogé dans les droits et actions du membre participant ou de ses ayants droit contre le tiers responsable. L'Organisme Assureur peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'il a exposées à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

ARTICLE 17 : PRESCRIPTION

La prescription est le délai au-delà duquel une action n'est plus recevable.

- **Délai de prescription**

Le Code de la mutualité dispose à ce sujet dans son article L.221-11 :
« Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux 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 membre participant, 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 du participant, 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 le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.
Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L.221-2, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.
La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L.111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.
Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant. »

L'article L.221-12-1 du Code de la mutualité précise :
« Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

- **Interruption de la prescription**

Le Code de la mutualité prévoit également dans son article L.221-12 :
« 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, adressé par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Le Code civil détaille les causes d'interruption ordinaires de la prescription :

- **Article 2240 du Code civil :**

« La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. »

- **Article 2241 du Code civil :**

« La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

- **Article 2242 du Code civil :**

« L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. »

- **Article 2243 du Code civil :**

« L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. »

- **Article 2244 du Code civil :**

« Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. »

- **Article 2245 du Code civil :**

« L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.
En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.
Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. »

- **Article 2246 du Code civil :**

« L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

ARTICLE 18 : RÉCLAMATIONS

Si vous souhaitez exprimer une insatisfaction, votre conseiller est votre interlocuteur privilégié. Vous pouvez le joindre coordonnées habituelles.
Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, adressez alors votre réclamation écrite au service Qualité à l'adresse suivante : TSA 27270 – 79060 NIORT Cedex ou via votre espace adhérent https://adherents.mnfct.fr.
Nous accuserons réception de votre réclamation et y répondrons, dans les meilleurs délais et dans un délai maximum de 2 mois, conformément aux délais réglementaires en vigueur.

ARTICLE 19 : MÉDIATION

Si votre mécontentement persiste après épuisement de la procédure interne de réclamation ou à l'issue du délai réglementaire de deux mois, vous pouvez alors saisir la Médiation de la Mutualité Française par courrier à l'adresse : 255 rue de Vaugirard – 75719 PARIS Cedex 15 ou par internet sur www.mediateur-mutualite.fr
Votre saisine de la Médiation doit intervenir dans un délai maximum d'un an à compter de votre réclamation écrite auprès de nos services.

ARTICLE 20 : INFORMATION DU MEMBRE PARTICIPANT

La personne morale adhérente est tenue de remettre à chaque membre participant la notice d'information visée à l'article L. 221-6 du Code de la Mutualité, établie par l'assureur et de l'informer des éventuelles modifications apportées à ses droits et obligations.
La personne morale adhérente s'engage également à remettre à chaque membre participant une copie des statuts de l'Organisme Assureur.
La preuve de la remise au membre participant de la notice d'information, des statuts et de l'information relative aux éventuelles modifications incombe à la personne morale adhérente.

ARTICLE 21 : AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La MNFCT est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

ARTICLE 22 : DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et notamment les dispositions issues du Code Monétaire et Financier, la Mutuelle se doit de connaître au mieux ses membres participants et leurs ayants droit éventuels. Elle est ainsi fondée à demander aux membres participants et leurs ayants droit, la justification de leur identité et certaines informations complémentaires, telle que la justification de l'origine des fonds versés à la Mutuelle à titre de paiement des cotisations lorsque notamment leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil.

ARTICLE 23 : RAPPORT ANNUEL

L'Organisme Assureur remet chaque année à la personne morale souscriptrice, au plus tard avant le 30 juin, un rapport technique et financier sur le contrat (sur l'exercice précédent).

CHAPITRE V : DÉFINITION DES GARANTIES

ARTICLE 24 : OBJET DE LA GARANTIE

Définition de la garantie
Les garanties sont établies sur la base de la législation et réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Nature des soins
Les frais de santé pris en charge au titre du présent contrat sont ceux ayant fait l'objet d'un remboursement préalable par le régime de Sécurité Sociale Obligatoire. Toutefois, certains frais de santé n'ayant pas donné lieu à un remboursement du régime de Sécurité Sociale Obligatoire peuvent ouvrir droit à remboursement, sur mention expresse figurant au tableau des prestations.

Quelle que soit la date d'apparition de la maladie ou de l'accident, les frais engagés doivent correspondre à des soins reçus, postérieurement à la date d'effet du contrat et à l'affiliation du membre participant ou de l'ayant droit, et en tout état de cause avant la date de cessation de l'assurance.

Lieu des soins
Les présents contrats interviennent pour les soins effectués en France (Départements et Régions d'Outre-mer inclus). Ils interviennent également pour les soins effectués dans le monde entier, selon les garanties prévues à la formule de prestations souscrite, sous réserve qu'ils soient pris en charge par le Régime Obligatoire.

Bases de remboursement
Les bases de remboursement sont fixées dans la formule de prestations retenue par la personne morale souscriptrice et présentée aux conditions particulières, ainsi que dans la formule de prestations éventuellement retenue par le membre participant dans le cadre du contrat facultatif et présenté dans le bulletin d'adhésion individuel.
Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi dite Evin du 31 décembre 1989, les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de l'ayant droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.
Les remboursements sont effectués en France et en euros.

ARTICLE 25 : ÉTENDUE DES GARANTIES

Formule de prestations
La garantie souscrite respecte le cahier des charges des contrats responsables définis aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale et les obligations prévues à l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité Sociale relatif au panier de soins minimum.
En conséquence, les garanties et les niveaux de remboursement suivront automatiquement les évolutions législatives et réglementaires relatives aux contrats responsables qui pourraient intervenir ultérieurement.

Tiers Payant
Chaque membre participant se voit remettre une carte mutualiste portant mention des ayants droit (lorsqu'ils sont couverts) et des actes pouvant se voir appliquer le tiers payant. Cette carte reste la propriété de l'Organisme Assureur.

ARTICLE 26 : GARANTIES - FORFAITS – PLAFONDS

26-1 Le contrat, selon les dispositions des présentes Conditions Générales, assure, en complément du Régime Obligatoire, le remboursement des frais de santé sous forme de prestations variables et/ou forfaitaires dont les montants, sont détaillés dans le tableau de prestations.

26-2 Les montants de remboursement sont exprimés soit en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité Sociale (Base de Remboursement), soit sous la forme d'un forfait en euros.
Ces pourcentages ou forfaits sont valables par année civile et par bénéficiaire, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre, sauf indication contraire explicite.
Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite de l'option choisie.
Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle et payés en euros.

26-3 Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins ayant débuté postérieurement à la date d'effet de l'adhésion et durant la période garantie.

26-4 Le total des remboursements de la Sécurité Sociale et l'Organisme Assureur est toujours, et au maximum, strictement limité au montant des dépenses réellement engagées. Le cumul des prestations perçues par l'assuré ne peut dépasser le montant total des frais réellement exposés.

26-5 Contenu, entrée en vigueur et durée des garanties

Hospitalisation
La prise en charge de la chambre particulière et du lit accompagnant est accordée en cas d'hospitalisation d'au moins une nuit.

Le forfait journalier hospitalier :
Le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements hospitaliers sert à couvrir les frais d'hébergements et d'entretien entraînés par une hospitalisation supérieure à 24 heures dans un établissement public ou privé, y compris le jour de sortie, conformément à la circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales attachées aux contrats responsables, le forfait journalier est garanti sans limite de durée lorsqu'il est facturé par un établissement de santé. Cette garantie est mise en jeu lorsque l'assuré passe au moins une nuit dans l'établissement hospitalier. **Il n'est pas garanti s'il est facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).**

Le forfait patient urgences :
Le forfait patient urgences facturé en cas de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation est pris en charge.

Les actes en secteur hospitalier, honoraires chirurgicaux :
Est pris en charge au titre de cette garantie le remboursement des frais médicaux relatifs à une hospitalisation ou à une intervention chirurgicale dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations, conformément à la circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales attachées aux contrats responsables.

Frais de transport :
Les frais de transport ne sont remboursés que s'ils ont fait l'objet d'une prescription médicale et d'un remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Honoraires médicaux, consultations, visites :
Les garanties honoraires médicaux, consultations, visites pratiquées pour une consultation au cabinet d'un médecin, spécialiste ou professeur ou pour une visite effectuée par ces derniers au domicile de l'assuré ou pour une consultation en milieu hospitalier, donnent lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations.

Véhicules pour handicapés physiques en location courte durée (inscrits au IV de la LPP)
Cette garantie couvre **l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré pour la location de courte durée d'un véhicule pour handicapé physique, à hauteur des prix limites de vente fixés par la liste des produits et prestations (LPP), déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.**

Prothèses capillaires de classe II, III et IV
Pour une prothèse capillaire de classe II, **l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré est couverte, à hauteur des prix limites de vente fixés par la liste des produits et prestations (LPP), déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.**
Pour une prothèse capillaire de classe III ou IV, la dépense exposée par l'assuré est couverte, **à hauteur de la garantie « matériel médical » de la formule souscrite, déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire, dans la limite éventuelle du prix limite de vente.**

Honoraires de psychologie remboursés par le Régime obligatoire :
Dispositif Mon soutien Psy : toute personne (dès 3 ans) peut bénéficier d'un accompagnement par un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie, jusqu'à 12 séances par an. Plus de renseignements sur le site www.ameli.fr .

Acte de prévention
Le contrat prend en charge les actes de prévention suivants listés par l'arrêté du 8 juin 2006 :

- Un détartrage dentaire complet
- Les scellements de sillons 1re et 2nd molaire (pour les assurés de moins de 14 ans)
- Les vaccinations les plus courantes : diphtérie, tétanos, poliomyélite pour tous les âges, BCG avant 6 ans, coqueluche, rubéole pour les adolescentes non vaccinées et les femmes non immunisées désirant un enfant, Haemophilus influenzae B, vaccination contre les infections à pneumocoques pour les enfants de 18 mois.
- Le bilan du langage oral et/ou le bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit (pour les assurés de moins de 14 ans)
- Le dépistage de l'hépatite B
- Le dépistage des troubles de l'audition (une fois tous les 5 ans pour les plus de 50 ans)
- L'ostéodensitométrie (une fois tous les 6 ans pour les femmes de plus de 50 ans).

Le remboursement des actes de prévention est conditionné à leur prise en charge par la Sécurité Sociale.

Cures thermales :
Les cures thermales acceptées par la Sécurité Sociale donnent lieu au remboursement des soins, honoraires, des frais de transport et de séjours dans la limite de 100% de la base de remboursement retenue par la Sécurité Sociale.
A ce Ticket Modérateur et dans la limite réelle des frais engagés, s'ajoute un forfait prévu au tableau de garanties selon le niveau choisi.

Prime naissance ou adoption
La MNFCT a souscrit, un contrat collectif auprès de Macif Santé Prévoyance, mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501. Siège social : 1 rue Jacques Vandier – 79000 Niort, au profit de ses membres participants, bénéficiaires du contrat frais de santé, en vue de leur garantir le versement d'une allocation naissance ou adoption, si cette dernière est expressément incluse et prévue au tableau de garanties.

Dans ce cadre et conformément aux termes de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité, les membres participants, qui sont bénéficiaires de cette garantie supplémentaire, sont affiliés de plein droit à ce contrat collectif.
Les modalités de mise en œuvre de cette garantie et le montant garanti sont détaillés dans la notice d'information dédiée qui est remise, lors de l'adhésion en complémentaire santé, aux membres participants.

Forfaits médecine naturelle
Lorsque la formule choisie le prévoit, le forfait médecines naturelles est destiné à couvrir des dépenses liées à des consultations d'ostéopathe, d'étiopathe, de chiropracteur, d'acupuncteur, d'homéopathe, pédicure, et diététicien non prises en charge par la Sécurité Sociale et donnant lieu à un remboursement dans la limite du forfait prévu au tableau de garanties.

Forfait optique
<u>LIMITES DE GARANTIE EN OPTIQUE</u> :
Le présent contrat respecte les modalités législatives relatives aux contrats dits « responsables ».
A ce titre, quand le tableau des garanties indique que le montant du remboursement d'un équipement optique est supérieur au ticket modérateur, le nombre d'équipements (2 verres + 1 monture) est limité à 1 tous les 2 ans par bénéficiaire, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, où les forfaits s'appliquent pour les frais engagés par période d'un an.
Le délai de deux ans s'apprécie par rapport à la date de facturation de l'équipement optique précédent.
Dans tous les cas, le montant du remboursement au titre de la monture est limité à 100 euros au sein du remboursement de l'équipement global.

Les frais liés à l'achat des lentilles (remboursées ou non remboursées) ainsi que les frais liés à la chirurgie corrective et réfractive non remboursables par le Régime Obligatoire pour le traitement de la myopie, de l'hypermétropie et de la presbytie sont pris en charge dans la limite des montants et forfaits prévus au tableau de garanties.
Les forfaits des lentilles remboursées ou non remboursées ne sont pas cumulables.
Le forfait « chirurgie corrective ou réfractive » non remboursé est accordé par année d'assurance et par œil.

Dentaire
Les honoraires payés pour la consultation d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin stomatologiste ainsi que les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux sont remboursables dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties, à la condition qu'ils fassent l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité Sociale.

<u>Examens de prévention bucco-dentaire :</u>
Depuis le 1er janvier 2025, les enfants, adolescents et jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans peuvent bénéficier chaque année de la prise en charge d'un examen de prévention bucco-dentaire auprès d'un chirurgien-dentiste, intégralement pris en charge par la Sécurité Sociale et par votre mutuelle. La participation régulière à cet examen doit permettre de garantir une bonne santé bucco-dentaire et de maîtriser le recours aux prothèses dentaires.

<u>Forfait « dentaire non remboursable par le Régime Obligatoire »</u> :
Ce forfait est destiné à couvrir les dépenses de prothèses dentaires, d'implants, de parodontologie et d'orthodontie non remboursées par le Régime Obligatoire.

Aides Auditives
Conformément à la réglementation en vigueur, lorsque l'équipement entre dans la catégorie des aides auditives 100 % Santé (classe I), l'Organisme Assureur prend en charge l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré à hauteur des prix limites de vente des aides auditives, déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.

LIMITE DE GARANTIE DES AIDES AUDITIVES :
La prise en charge d'un équipement (1 appareil acoustique) est limitée à 1 équipement par oreille tous les 4 ans. Le point de départ de cette période correspond à la date de l'équipement.

ARTICLE 27 : CONTRAT RESPONSABLE

La MNFCT s'inscrit dans le cadre du label « contrat responsable » créé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et respecte le cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » défini aux articles L. 871-1 et R 871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.
A ce titre, le contrat intègre notamment le dispositif « 100% santé » issu du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaire dans les conditions et limites fixées à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

En revanche, la mutuelle ne prend pas en charge :
- La majoration de participation mentionnée à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale et laissée à la charge de l'assuré et de ses ayants droit qui n'ont pas choisi de médecin traitant ou qui consultent un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant dans des cas autres que ceux autorisés par la loi et la réglementation ;
- La majoration de la participation prévue à l'article L.161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale pour les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter ;
- La franchise obligatoire sur les dépassements d'honoraires autorisés et prévus au 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale dès que les patients consultent un médecin spécialiste sans prescription préalable de leur médecin traitant et ne relèvent pas d'un protocole de soins ou d'une situation exceptionnelle telle qu'autorisée par la loi et la réglementation ;
- La participation forfaitaire visé au II de l'article L 160-13 du Code de la Sécurité Sociale ;
- La franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L 160-13 du Code de la Sécurité Sociale ;
- et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et par ses textes d'application.

ARTICLE 28 : PAIEMENTS DES REMBOURSEMENTS COMPLÉMENTAIRES

28-1 Lorsque la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dont dépend le membre participant et/ou le(s) bénéficiaire(s) est reliée par « télétransmission » avec le Gestionnaire de la Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales, une liaison informatique lui achemine directement l'image des décomptes à partir desquels elle va procéder aux remboursements complémentaires en fonction de l'option choisie. Si l'assuré ne s'oppose pas de façon expresse à ce mode de fonctionnement, il n'a alors aucun décompte à fournir, nonobstant les dispositions ci-dessous.

28-2 Si l'assuré bénéficie de la télétransmission des informations entre la Sécurité Sociale et le Gestionnaire de la Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales, les remboursements s'effectuent automatiquement.
Dans les autres cas, ou si l'assuré n'utilise pas le système de télétransmission lors de sa dépense de santé, il doit adresser au Gestionnaire de la Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales, en suivant l'indemnisation par la Sécurité Sociale :
- Les originaux des décomptes délivrés par la Sécurité Sociale,
- Les notes ou factures acquittées détaillant les actes, les prestations réalisées, les montants payés, les montants de base de remboursement et les pourcentages d'intervention de la Sécurité Sociale,
- Les notifications de non prise en charge de la Sécurité Sociale pour des prestations qui pourraient être accordées dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations,
- Les pièces officielles d'état civil (bulletin de naissance, acte de décès, certificat d'hérédité…) permettant le paiement de prestations forfaitaires telles qu'une indemnité en cas de naissance d'un enfant ou en cas de décès d'un assuré,
- Toutes pièces portées sur les notes d'information des garanties en inclusion ou en option qui auraient pu être souscrites, nécessaires à l'instruction et au paiement des sinistres.

28-3 Service Tiers Payant Mutualiste :
Le service permet à l'assuré de ne pas régler les frais de soins pris en charge par la Sécurité Sociale et son contrat auprès des professionnels de santé acceptant le tiers payant. Cette dispense de paiement est limitée au montant de la Base de Remboursement ou des forfaits prévus au tableau de prestations.
Le Gestionnaire adresse une carte de tiers payant à l'émission d'un certificat d'adhésion et à chaque appel de cotisations annuel que l'assuré peut présenter au professionnel de santé pour bénéficier du tiers payant.

28-4 Suivi des prestations « EN TEMPS RÉEL » :
Le Gestionnaire met à disposition de chaque membre participant un site internet permettant le suivi du remboursement des prestations 7 jours / 7 et 24h / 24. La connexion s'effectue à l'aide des identifiants adressés à la souscription par le Gestionnaire de la Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales.
Le site internet permet également au membre participant de consulter son contrat, de transmettre des justificatifs en vue de demande de remboursement, …

ARTICLE 29 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations ne sont dues que pour les soins et traitement relatifs aux affections dont la première constatation médicale a eu lieu pendant la vie de l'adhésion et si les soins sont dispensés avant la date de prise d'effet de la suspension du contrat ou de la résiliation, sous réserve que la personne morale souscriptrice ou le membre participant soit à jour du paiement de ses cotisations.

Le règlement des prestations qui ne sont pas servies directement aux professionnels de santé suivant les accords de tiers payant, s'effectue par virement sur le compte bancaire du membre participant :

- Soit en relation directe avec le Régime Obligatoire par le biais de la télétransmission ;
- Soit sur présentation des pièces justificatives originales suivantes à adresser au Gestionnaire :
  - **Pour les soins remboursés par le Régime Obligatoire :**
    . L'original du décompte de la Sécurité Sociale dans le cas où cette dernière n'aurait pu procéder à sa télétransmission au Gestionnaire de la Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales,
    . Lorsque les frais sont supérieurs au tarif retenu par la Sécurité Sociale pour le calcul de sa prestation, l'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée,
  - **– Pour les soins non remboursés par le Régime Obligatoire :**
    . L'original de la prescription médicale,
    . L'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée.
  - **– En cas d'hospitalisation :**
    . Le bulletin d'hospitalisation,
    . L'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée.

  – Pour la prime naissance : un extrait d'acte de naissance ou la photocopie de la page du livret de famille concernant le nouveau-né ; dans le cas d'une adoption, la photocopie de l'acte y afférant.

  – En cas d'assurances cumulatives : le décompte original de remboursement de l'autre Organisme Assureur accompagné d'une copie du décompte du Régime Obligatoire.

  – Pour les soins à l'Etranger : le décompte du Régime obligatoire français de Sécurité Sociale ainsi que la facture des soins détaillée et traduite en français précisant la nature et le montant de chaque dépense engagée.

Avant ou après le paiement des prestations, l'Organisme Assureur se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire, afin d'éclairer sa décision.
L'Organisme Assureur peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par tout professionnel de santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge, pour vérifier s'il y a abus ou fraude.

Pour être recevable, toute demande de prestations doit être présentée dans les 2 ans suivant la date de remboursement par le Régime Obligatoire, ou la date de réception du ticket modérateur, ou la date de l'événement à indemniser ou la date de facturation. Au-delà de ce délai, la prestation ne sera pas versée.

La mutuelle effectuera le règlement des prestations santé dans un délai de deux jours ouvrés. Ce délai débute à compter de la réception de l'ensemble des justificatifs demandés, que ces derniers nous soient parvenus par voie postale ou électronique.

CHAPITRE III : MAINTIEN D'ASSURANCE

ARTICLE 30 : MAINTIEN D'ASSURANCE EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NE DONNANT PAS LIEU À RÉMUNÉRATION

Les garanties du présent contrat sont maintenues pour le membre participant dont le contrat de travail est suspendu sans maintien partiel ou total de salaire sous réserve qu'il manifeste expressément cette volonté auprès du Gestionnaire par courrier dans le mois qui précède la suspension de son contrat de travail en cas de :

- Détachement,
- Disponibilité pour convenance personnelle,
- Congé parental
- Congé sans solde,
- Congé pour présence parentale ou pour accompagner une personne en fin de vie,
- Congé sabbatique visé à l'article L.122-32-17 et suivants du Code du Travail,
- Congé pour création d'une entreprise visée à l'article L.122-321.

Pour ces différents cas, le paiement de la cotisation est payable par prélèvement automatique sur un compte bancaire mentionné par le Membre participant sur le bulletin d'adhésion individuel.

Le maintien de l'assurance cesse notamment à la date de fin de suspension du contrat de travail et, en tout état de cause, en cas de résiliation du présent contrat collectif.

LEXIQUE :

AUXILIAIRES MÉDICAUX
Infirmier (ère), masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure podologue…

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
Assiette servant au calcul des prestations en nature de l'Assurance maladie de la Sécurité Sociale.
Selon le type d'acte et la nomenclature auxquels elle se rattache, cette base de remboursement peut être constituée du :

- Tarif d'autorité
  Tarif utilisé par la Sécurité Sociale comme base de remboursement lorsque le professionnel de santé consulté n'est pas conventionné. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de convention
  Tarif utilisé par la Sécurité Sociale comme base de remboursement des soins et honoraires des professionnels de santé conventionnés.
- Tarif de responsabilité
  Base de remboursement de la Sécurité Sociale pour les produits pharmaceutiques, les fournitures et les appareillages.
- Tarif forfaitaire de responsabilité
  Base de remboursement de la Sécurité Sociale pour l'original d'un médicament ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER
Montant forfaitaire restant à la charge de l'assuré en cas d'hospitalisation. Il correspond aux « frais d'hébergement et d'entretien » entraînés par l'hospitalisation.

FRANCHISE ANNUELLE
Somme laissée à la charge de l'assuré et qui s'applique sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

MÉDECIN TRAITANT
Médecin spécialiste ou généraliste, librement choisi par l'assuré âgé de 16 ans au moins pour assurer la coordination de ses soins. L'assuré doit avoir déclaré son médecin traitant auprès de son Régime d'Assurance Maladie Obligatoire afin de bénéficier du taux maximal de remboursement de la Sécurité Sociale.

OPTION DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (ou DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE)
L'OPTAM (ou DPTAM) a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés, en développant l'activité des médecins à tarifs opposables et en améliorant le niveau de remboursement de l'assurance maladie. Les médecins adhérant à l'OPTAM (ou DPATM) s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires.
L'OPTAM-CO (ou DPATM-CO) concerne les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.
Ce dispositif remplace celui du Contrat d'Accès aux Soins depuis le 1er janvier 2018.

PARCOURS DE SOINS
Désigne le parcours de soins coordonnés défini par la loi, obligeant les assurés sociaux à consulter leur médecin traitant avant tout autre médecin sous peine de majoration du Ticket Modérateur par le Régime Obligatoire et de non remboursement des éventuels dépassements d'honoraires par l'Organisme Assureur.

PARTICIPATION FORFAITAIRE
Somme qui reste à la charge de l'assuré et qui concerne les actes et consultations médicaux réalisés par un médecin en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et les actes de biologie médicale et de radiologie.

PRESTATIONS
Versement des sommes ou mise en place de services garantis à l'assuré.

RÉGIME OBLIGATOIRE (RO)
Régime d'assurance maladie français, communément dénommé « Sécurité Sociale », qui intervient obligatoirement avant l'Organisme Assureur pour rembourser une part des frais de santé.

TICKET MODÉRATEUR (TM)
Dans le parcours de soins, différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le montant remboursé par la Sécurité Sociale. La participation forfaitaire n'entre pas en compte dans le calcul de cette différence. L'application par le Régime Obligatoire de la majoration de la participation de l'assuré, lorsque l'acte est réalisé hors parcours de soins, n'affecte pas le calcul et la valeur du Ticket Modérateur.

TIERS PAYANT
Sur présentation de sa carte de Tiers Payant, l'assuré peut bénéficier d'une dispense d'avance de tout ou partie de ses frais de santé. Le professionnel de santé ou l'établissement de soins est directement remboursé par l'Organisme Assureur.

Si vous imprimez ce document, pensez à le trier !

Conditions Particulières
– Annexe aux Conditions Générales

(dispositions spécifiques à la convention de participation santé du CDG 33 qui complètent et/ou dérogent aux CG)

Siège social : Tour KEIKO, 127-129, quai du Président Roosevelt, 92130 ISSY-LES-MOULINEAUX
Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité, N° SIREN 784 442 899 (www.mnfct.fr), substituée par Macif Santé Prévoyance, SIREN 779 558 501,
1 rue Jacques Vandier – 79000 NIORT, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité

CONDITIONS PARTICULIÈRES - ANNEXE AUX CONDITIONS GÉNÉRALES RELATIVE AU CONTRAT SANTÉ MIS EN PLACE PAR LE CDG 33

PRÉAMBULE

La présente Annexe vient compléter et déroger aux termes des Conditions Générales du contrat collectif à adhésion facultative souscrit par le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Gironde (CDG 33) auprès de la Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales (MNFCT), dont le siège social est situé 3, rue Franklin CS 30036 - 93108 MONTREUIL, Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 784 442 899.

Ce contrat est destiné à financer les frais occasionnés par une maladie, un accident ou une maternité. Les garanties de ce contrat respectent 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).

EFFET – DURÉE – TERME DU CONTRAT

Effet : 1er janvier 2025 à 0 heure

Durée : Six (6) années, soit du 01.01.2025 au 31.12.2030, prorogeable une (1) année.

Terme : 31 décembre 2030 à 24 heures.

Echéance : 1er janvier.

Résiliation du contrat. Par dérogation à l'article 3 des Conditions Générales, 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 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.
- L'Assureur sous la réserve de respecter un préavis de 6 mois qui précède la date d'échéance.

ORDRE DE PRIORITÉ DES PIÈCES CONTRACTUELLES

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

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.

BÉNÉFICIAIRES

Par dérogation à l'article 4 des Conditions Générales, 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 :
  - 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,
  - Congé parental,
  - 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,
  - Congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale,
  - 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,

- Par dérogation à l'article 5 des Conditions Générales, les bénéficiaires ayants-droit des actifs ou des retraités, qui sont dans l'une des situations suivantes :
  - Conjoint non séparé de corps dans les conditions prévues à l'article 296 du code civil d'un bénéficiaire actif ou retraité,
  - Personne liée par un pacte civil de solidarité à un bénéficiaire actif ou retraité,
  - 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.

<u>Caractère collectif du contrat.</u> 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.

<u>Caractère facultatif du contrat.</u> 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.

RÉSILIATION ET CESSATION DES GARANTIES

Par dérogation à l'article 9 des Conditions Générales, 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 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.
- L'Employeur 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 selon la date indiquée dans le courrier adressé par l'Employeur ou, par défaut, un mois après que l'Assureur en a reçu notification par l'Employeur.

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.

ENGAGEMENTS TARIFAIRES

Par dérogation à l'article 10 des Conditions Générales, 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.

<u>Cas de l'aggravation de la sinistralité :</u>

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 du tableau ci-après :

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%	10 %
	P/C < 120%	10 %
	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 règlementation :

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.

MODALITÉS DE GESTION DES COTISATIONS

- Le mode de gestion des cotisations appliqué à l'ensemble des adhérents actifs, est le précompte sur salaire (effectué par l'Employeur).
- Pour les adhérents retraité(s) ou en suspension d'activité, le mode de gestion des cotisations est le prélèvement sur compte bancaire (effectué par la MNFCT).

INFORMATION RELATIVE AUX FRAIS DE DE GESTION ET À LA REDISTRUBUTION

Les garanties d'assurance complémentaire santé sont éligibles à la participation de l'employeur à conditions de respecter les critères du *« contrat responsable »*[1]. Parmi ces critères, l'Assureur a obligation de communiquer les informations[2] 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 :	**2025**
Ratio de l'ensemble du portefeuille :	**73,4 %**
Ratio du portefeuille de contrats collectifs :	**85,6 %**

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

[2] 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	
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 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	**13,7 %**

COTISATIONS APPLICABLES AU 1er JANVIER 2027

TARIFS AVANT PARTICIPATION DE VOTRE EMPLOYEUR

GRILLE TARIFAIRE 2027

COTISATIONS MENSUELLES TTC (montant forfaitaire par tranche d'âge, par niveau de garanties et par bénéficiaire)

TRANCHE D'ÂGE	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Enfant (**gratuité à compter du 3ème enfant**)	31,19 €	46,93 €	57,98 €
Adulte de moins de 31 ans	35,71 €	53,76 €	66,42 €
Adulte de 31 ans à 40 ans inclus	43,38 €	65,29 €	80,64 €
Adulte de 41 ans à 50 ans inclus	56,70 €	85,34 €	105,41 €
Adulte de plus de 50 ans	69,84 €	105,13 €	129,86 €
Retraité (**participation Employeur non-applicable**)	95,64 €	143,82 €	177,58 €

Les montants de cotisation s'entendent par personne à assurer, bénéficiaire des garanties.
À titre d'exemple, un Agent actif de 41 ans qui souhaite également couvrir sa conjointe de 38 ans et son enfant de moins de 18 ans se verra appliquer une cotisation globale correspondant au cumul des cotisations suivantes : « Adulte de 41 ans à 50 ans inclus » + « Adulte de 31 ans à 40 ans inclus » + « Enfant ».

NIVEAUX DES GARANTIES

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

GARANTIES	NIVEAUX DE GARANTIES Remboursement du RO et de la Mutuelle, en % de la Base de Remboursement (BR / TRSS / TA) ou forfaits sans intervention du RO		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
DPTAM : Dispositif de Pratique TArifaire Maîtrisée • **PMSS :** Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale • **RO :** Régime Obligatoire			
SOINS COURANTS			
Prestations remboursées par l'Assurance Maladie Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à un 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 un DPTAM, tels qu'indiqués ci-dessous, minorés d'au moins 20 % du tarif de responsabilité			
Honoraires :			
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	125 %	150 %	200 %
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	105 %	130 %	180 %
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	150 %	200 %	250 %
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	130 %	180 %	200 %
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	150 %	200 %	250 %
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	130 %	180 %	200 %
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100 %	125 %	200 %
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100 %	105 %	180 %
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux (y compris sage-femmes)	100 %	125 %	150 %
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100 %	100 %	100 %
Analyse et examens de laboratoires	100 %	125 %	150 %
Frais de transport	100 %	100 %	100 %
Médicaments :			
Médicaments (tous les niveaux de remboursements par l'Assurance maladie)	100 %	100 %	100 %
Vaccins antigrippaux	100 %	100 %	100 %
Vaccins	100 %	100 %	100 %
Contraception sur prescription	100 %	100 %	100 %
Substituts nicotiniques	150 €	150 €	150 €
Matériel médical (sauf dentaire, optique, auditif) :			
Ensemble du matériel sur la liste des produits et prestations (LPP)	200 %	300 %	400 %
Prestations non-remboursées par l'Assurance Maladie			
Participation assuré actes > 120 Euros (par acte)	Garantie	Garantie	Garantie
Pharmacie homéopathique (par an)	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an) : Acupuncture, chiropractie, diététique, étiopathie, mésothérapie, micro-kinésithérapie, ostéopathie, soins pédicures et podologues, kinésiologie, réflexologie, psychothérapie, recours aux psychologues, psychomotriciens, reflexologues et sophrologues	100 €	125 €	200 €

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ			
Prestations remboursées par l'Assurance Maladie Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à un 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 un DPTAM, tels qu'indiqués ci-dessous, minorés d'au moins 20 % du tarif de responsabilité			
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	150 %	200 %	250 %
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	130 %	180 %	200 %
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	150 %	200 %	250 %
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	130 %	180 %	200 %
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %
Soins thermaux	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
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière (par jour en durée non limitée)	50 €	65 €	80 €
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour et limité à 60 jours)	30 €	35 €	40 €
Amniocentèse	30 €	30 €	50 €

GARANTIES	NIVEAUX DE GARANTIES Remboursement du RO et de la Mutuelle, en % de la Base de Remboursement (BR / TRSS / TA) ou forfaits sans intervention du RO		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3

DPTAM : Dispositif de Pratique TArifaire Maîtrisée • **PMSS :** Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale • **RO :** Régime Obligatoire

OPTIQUE [1]			
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			
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	150 €	250 €	300 €
b) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	225 €	375 €	450 €
c) Equipement à verres complexes	300 €	500 €	600 €
d) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	225 €	375 €	450 €
e) Equipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	300 €	500 €	600 €
f) Equipement à verres très complexes	300 €	500 €	600 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du RO. Cumulable avec le forfait lunette	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)	150 €	150 €	200 €
Chirurgie de l'œil (par œil)	200 €	300 €	400 €

DENTAIRE			
Prestations remboursées par l'Assurance Maladie			
Honoraires - Soins dentaires praticiens adhérent à un DPTAM	100 %	125 %	150 %
Honoraires - Soins dentaires non adhérent à un DPTAM	100 %	105 %	130 %
Traitement d'orthodontie	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**	200 %	300 %	400 %
. Panier de soins **aux tarifs libres**	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			
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 €
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	1 000 €	1 250 €	1 500 €

AUTRES PRESTATIONS			
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 %
. Détartrage annuel complet	100 %	100 %	100 %
. Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	100 %	100 %	100 %
. Dépistage hépatite B	100 %	100 %	100 %
. Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	100 %	100 %	100 %
. Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	100 %	100 %	100 %
. Vaccins (sur liste de l'arrêté du 8 juin 2006)	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 [2]	Garantie	Garantie	Garantie

(1) OPTIQUE : DESCRIPTIF DES ÉQUIPEMENTS	
a) Equipement simple	Equipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre –6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries
b) Equipement mixte	Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)
c) Equipement complexe	Equipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de –6,00 ou +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs
d) Equipement mixte	Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)
e) Equipement complexe et très complexe	Equipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)
f) Equipement très complexe	Equipement pour adultes à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de –8,00 et +8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de –4,00 à +4,00 dioptries

(2) **ASSISTANCE : des services de qualité** (Sous réserve des conditions de prise en charge décrites dans la Notice d'Information) Je contacte les services Assistance au 0970 820 692 (appel non surtaxé)	
Dès la souscription de mon contrat	Conseil social (aide & accompagnement en droits sociaux) / Informations juridiques (famille, santé, retraite, dépendance, …)
En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation :	Aide-ménagère / Présence d'un proche / Services de proximité / Préparation du retour au domicile / … :
. Les + famille	. Prise en charge des enfants – de 16 ans ou des enfants handicapés (sans limite d'âge) / Prise en charge des ascendants / …
. Les + maternité	. Aide-ménagère / Acquisition gestes 1er enfant / Prise en charge des enfants – de 16 ans ou des enfants handicapés (sans limite d'âge)
. Les + emploi	. Aide au retour à l'emploi / Bilan d'employabilité / Conseils 1er emploi
Garanties liées aux retraités & aux seniors	Coaching conduite / Coach retraite
En cas d'événement traumatisant	Soutien psychologique
En cas de maladie redoutée	Enveloppes de services (aide-ménagère, livraison de courses, …) / Téléassistance / Services travaux pour aménagement du domicile / …
En cas de décès	Aide à la recherche d'un prestataire funéraire / Aide-ménagère / Présence d'un proche / …
En cas de chirurgie ambulatoire	Aide-ménagère / Présence d'un proche / Services de proximité / …
Garanties pour l'adhérent aidant	Téléassistance (téléalarme / intervention à domicile / …)
Protection juridique "Recours médical"	En cas de litige ou de différend opposant l'adhérent ou l'un ses ayants-droit à un tiers et résultant d'un accident médical

MAINTIEN D'ASSURANCE

Par dérogation à l'article 30 des Conditions Générales, 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.

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.

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'Employer 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.

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.

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.