



CONDITIONS GÉNÉRALES SANTÉ

Centre de Gestion de la Côte d'Or (21)

Réf. : CG SANTE CDG COTE D'OR - 2026

Mutuelle Nationale Territoriale, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité,
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584
Siège social : 4 rue d'Athènes – 75009 PARIS

| | |
|---|-----------|
| PREAMBULE | 3 |
| TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES | 4 |
| 1. Objet | 4 |
| 2. Prise d'effet, durée et renouvellement du contrat | 5 |
| 3. Révision du contrat | 5 |
| 4. Bénéficiaires des prestations | 6 |
| 5. Prise d'effet et durée de l'assurance | 6 |
| 6. Conditions d'affiliations et formalités | 9 |
| 7. Tiers-payant | 9 |
| 8. Réticence ou fausse déclaration | 10 |
| 9. Prescription | 10 |
| 10. Subrogation | 11 |
| 11. Information des Membres Participants | 11 |
| 12. Représentation des Membres Participants au sein de la MNT | 11 |
| 13. Réclamations - Médiation | 11 |
| 14. Protection des données à caractère personnel - passation gestion et exécution des contrats d'assurance | 12 |
| 15. Autorité chargée du contrôle | 13 |
| TITRE II – COTISATIONS | 13 |
| 16. Taux et assiette de cotisation | 13 |
| 18. Paiement de la cotisation | 15 |
| 19. Défaut de paiement de la cotisation | 16 |
| TITRE III - GARANTIES | 16 |
| 20. Objet et Montant | 16 |
| 21. Bénéficiaire de la garantie frais de santé | 17 |
| 22. Définition des prestations | 17 |
| 23. Limite des remboursements | 18 |
| 24. Etendue territoriale des garanties | 19 |
| 25. Règlement des Prestations | 19 |
| 26. Contrôle | 19 |
| 27. Accès au fonds social | 19 |
| 28. Assistance (cf notice jointe) | 20 |
| 29. Téléconsultation | 20 |
| 30. Deuxième avis médical | 20 |
| 31. Bénéficiaire des garanties annexes | 20 |

PREAMBULE

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

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

Il est constitué des conditions générales et des conditions particulières.

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

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

Conformément aux dispositions

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

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

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

Le Souscripteur est tenu d'en informer ses agents.

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

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

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

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

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

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

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

1. Objet

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

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

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

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

Le présent contrat a pour objet :

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

Il est régi par le Code de la mutualité.

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

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

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

En conséquence :

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

Réf. : CG SANTE CDG COTE D'OR - 2026

ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement dans les actes lourds),

- Les dépassements des plafonds des Prix Limites de Vente des équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant ces plafonds, lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels.

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

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

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

Précisions sur les modalités d'adhésion des collectivités souscriptrices au présent contrat :

- **Situation 1.** Les Employeurs peuvent adhérer à tout moment pendant la durée de validité du présent contrat dès lors que les caractéristiques quantitatives et qualitatives de leur population à assurer (fichiers statistiques) ont été jointes au dossier de consultation des entreprises (DCE).
- **Situation 2.** A défaut de communication des fichiers statistiques précités, les Employeurs devront adresser à la MNT, par l'intermédiaire du CDG, ces données sur la base d'un fichier statistique. Après étude, la MNT adresse au CDG les montants de cotisation applicables aux garanties qui sont :
 - Soit identiques aux montants de cotisation mutualisés du présent contrat,
 - Soit d'un niveau supérieur si les données statistiques ne permettent pas le maintien par la MNT des montants de cotisation mutualisés sans impact futur sur le résultat technique du présent contrat.

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

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

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

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

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

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

3. Révision du contrat

Par application de l'article L112-3 du code des assurances, la modification des garanties proposée par la MNT 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 Centre de Gestion. La MNT informe par écrit le CDG des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix. Le CDG dispose d'un délai de trente jours pour

refuser par écrit cette proposition. Les modifications apportées entrent en vigueur ID 021-200000925-20251120-20_11_2025_11-DE 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.

Le Centre de Gestion est tenu d'en informer les collectivités du choix opéré. Le souscripteur est tenu d'en informer les agents.

4. Bénéficiaires des prestations

Les membres participants sont les suivants :

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

Peuvent être bénéficiaires du contrat, outre le membre participant, ses ayants-droits définis ci-après :

- o Le conjoint non séparé de corps dans les conditions prévues à l'article 296 du code civil d'un bénéficiaire actif ou retraité,
- o La personne liée par un pacte civil de solidarité à un bénéficiaire actif ou retraité,
- o La personne vivant en concubinage avec un bénéficiaire actif ou retraité dans les conditions prévues à l'article 515-8 du code civil,
- o L'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-droits peuvent adhérer à tout moment au contrat collectif.

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

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

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

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

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

5.1. Prise d'effet de l'affiliation

L'adhésion du membre participant ou l'inscription d'un ayant droit prend effet à la date indiquée sur la demande. La date d'effet ne peut être antérieure à la date de réception de la demande par la Mutuelle.

Dans tous les cas, la présentation régulière des pièces justificatives nécessaires (ID: 021-200000925-20251120-20_11_2025_11-DE d'étudiant, photocopie du contrat d'apprentissage...) conditionne le maintien des garanties.

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

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au Siège social ou dans une agence de la Mutuelle, par acte extrajudiciaire ou par un mode de communication à distance pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

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

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

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

Dispositions applicables en cas d'adhésion à distance

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

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

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

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

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

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

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

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

Les informations communiquées au membre participant le sont sur un support durable, c'est-à-dire tout instrument offrant la possibilité au membre participant, à l'employeur, à la personne morale souscriptrice, ou à la Mutuelle Nationale Territoriale, de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement

afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps ID 021-200000925-20251120-20_11_2025-11-DE informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées. A tout moment au cours de la relation contractuelle, le membre participant a le droit, s'il en fait la demande, de recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. En outre, le membre participant a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, à moins que cela ne soit incompatible avec le contrat à distance conclu.

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

Changement de niveau de garanties :

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

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

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

5.2. Cessation des garanties

Le droit à garantie cesse :

- **pour chaque Membre Participant :**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **pour chaque Bénéficiaire :**

Lors de la survenance du premier des évènements suivants :

- la cessation des garanties du Membre Participant.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Conditions d'affiliations et formalités

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

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

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

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

7. Tiers-payant

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

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

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

Cette carte reste la propriété de la Mutuelle et doit être restituée dans les meilleurs délais au membre participant de la collectivité.

8. Réticence ou fausse déclaration

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

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

L'omission ou la déclaration inexacte du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité des garanties.

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

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

9. Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre Participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance.**
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

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

Conformément à l'article L.221-12 du Code la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

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

10. Subrogation

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

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

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

11. Information des Membres Participants

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

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

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

12. Représentation des Membres Participants au sein de la MNT

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

13. Réclamations - Médiation

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

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

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

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

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

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

Conformément aux dispositions de l'article 2238 du Code civil, la prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de

Réf. : CG SANTE CDG COTE D'OR - 2026

conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la procédure participative. Une convention de procédure participative est une voie de négociation susceptible d'intervenir en cas de conflit, avant ou après la saisine d'un juge. Une telle convention est conclue pour une durée déterminée et est régie par les articles 2062 et suivants du Code civil.

La prescription est également suspendue à compter de l'accord du débiteur constaté par huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du code des procédures civiles d'exécution, procédure simplifiée applicable pour le recouvrement des créances dont le montant en principal et intérêts n'excède pas la somme mentionnée à l'article R. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dès lors que le membre participant retire son consentement au traitement de ses données à caractère personnel et notamment du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, le membre participant dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de portabilité de ses données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données le concernant. Il dispose également du droit de décider du sort de ses données après son décès.

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

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

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

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

15. Autorité chargée du contrôle

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

TITRE II – COTISATIONS

16. Taux et assiette de cotisation

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

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

Les montants de cotisations s'entendent par personne à assurer, bénéficiaire des garanties. Ainsi, et à titre d'exemple, pour un assuré agent de 41 ans qui rattache sur son adhésion sa conjointe de 38 ans et son enfant de moins de 18 ans, la cotisation totale à payer est celle du cumul des cotisations de la tranche adulte de 40 à 50 ans + de la tranche adulte de 30 à 40 ans + cotisation enfant.

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

17. Evolution de la cotisation

Les cotisations sont exprimées en euros. Elles évolueront de 3% la 2^{ème} et 3^{ème} année (soit, en 2027 et 2028), hors évolution réglementaire, législative ou fiscale.

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

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

- Aggravation de la sinistralité,

Réf. : CG SANTE CDG COTE D'OR - 2026

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

Cas de l'aggravation de la sinistralité :

L'aggravation de la sinistralité doit être constatée par la Mutuelle 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.

Les seuils de déclenchement de l'augmentation tarifaire selon le ratio Prestations / Cotisations ainsi que le taux d'augmentation maximum des taux de cotisation correspondants seront encadrée de la façon suivante :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Paiement de la cotisation

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

- Pour le personnel Actifs :

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

- Pour le personnel Retraités et autres personnes concernées (inactifs, suspension de contrat..) :

Pour les membres participants concernés, seul le Membre Participant est tenu au paiement de la cotisation due pour sa propre adhésion et celle de ses Bénéficiaires, à l'égard de la MNT. Cette cotisation est payable mensuellement d'avance et est appelée directement par la MNT auprès du Membre Participant.

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

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

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

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

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

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

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

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

Préalablement, la Mutuelle Nationale Territoriale adressera dans les meilleurs délais une lettre à l'adresse du membre participant, justifiant ce prélèvement au membre participant.

19. Défaut de paiement de la cotisation

Non-paiement des cotisations précomptées sur salaire

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

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

La Mutuelle a le droit de résilier le contrat dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus. Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi, que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Les frais médicaux engagés durant la période de suspension de la garantie ne donnent lieu à aucune prise en charge par la Mutuelle.

Non-paiement des cotisations prélevées sur compte bancaire

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

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

TITRE III - GARANTIES

Chapitre I : GARANTIES FRAIS DE SANTE

20. Objet et Montant

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

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

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

21. Bénéficiaire de la garantie frais de santé

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

22. Définition des prestations

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

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

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

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

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

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

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

Précisions concernant certaines prestations :

1. Chambre particulière : Les suppléments facturés en sus du tarif de la chambre particulière pour des frais de confort (télévision, accès wifi, frais de parking ou de linge de lit) ne sont pas pris en charge par la garantie.
2. Frais accompagnant : la prestation est accordée, pendant 60 jours par séjour au maximum par enfant, à la personne accompagnante, durant un minimum d'une nuitée, un ayant droit âgé de moins de 16 ans.
Les frais doivent avoir été engagés dans l'établissement où séjourne la personne hospitalisée. Toutefois, la prestation est également accordée lorsque les frais sont engagés dans une maison spécialisée dans l'accueil des accompagnants de personnes hospitalisées. Les frais remboursés concernent uniquement l'hébergement, le petit-déjeuner et éventuellement les repas pris par l'accompagnant. Les autres frais sont exclus de toute prise en charge (parking, presse, internet...). La prestation des frais d'accompagnant prend effet dès la première nuitée d'hospitalisation du malade et est versée dans la limite des frais engagés et du montant défini au tableau des prestations.
3. Hospitalisation : les règles s'appliquent sauf dispositions plus favorables prévues par convention entre la Mutuelle et l'établissement d'hospitalisation. Frais de séjour chirurgie : lorsque le prix de journée facturé par l'établissement excède celui pris en considération par la CPAM, remboursement de la somme laissée à la charge de l'adhérent dans la limite de 20 % du tarif de responsabilité de la Caisse de Sécurité sociale du lieu de résidence.
4. Le forfait journalier prévu par l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale, il est remboursé sans limitation la Mutuelle lorsqu'il est dû par l'assuré en cas d'hospitalisation au sein d'un établissement hospitalier (médecine, chirurgie). En revanche, ce forfait n'est pas remboursé en cas d'admission dans un établissement médico-social visé par l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.
5. Optique : Les verres sont définis conformément au décret contrat responsable n°2019-21 du 11 janvier 2019. Le décret indique également les plafonds de remboursement pour les équipements (verres et montures) selon les catégories de verres. **En tout état de cause, le montant des montures est plafonné à 100 euros** (remboursement de la sécurité sociale incluse).

Réf. : CG SANTE CDG COTE D'OR - 2026

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

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

Dérogations :

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

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

6. Aides auditives : Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

7. Participation forfaitaire et Franchise médicale

Participation forfaitaire : en application de l'article L.160-13 II du Code de la Sécurité sociale, une participation forfaitaire est laissée à la charge du membre participant ou du bénéficiaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré acquitte également cette participation pour tout acte de biologie médicale. Cette participation forfaitaire n'est pas prise en charge par la mutuelle.

Franchise médicale : en application de l'article L.160-13-III du Code de la sécurité sociale, depuis le 1^{er} janvier 2008, des franchises médicales sont supportées par les assurés sociaux ; elles portent sur les boîtes de médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports. Ces franchises médicales ne sont pas prises en charge par la mutuelle.

8. Parcours de soins coordonnés : Le décret sur les contrats responsables impose aux mutuelles de ne pas prendre en charge la totalité du coût restant à la charge du patient lorsque celui-ci n'a pas consulté en première intention son médecin traitant. Les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés. Peuvent être consultés directement les gynécologues, les ophtalmologues et les psychiatres.

9. Allocation enfant : le montant de cette prestation, indiqué au tableau des prestations, est attribué à tout membre participant dont l'inscription de l'enfant à la mutuelle est effectuée dans les deux mois suivant la naissance. Cette prestation s'entend par enfant, et est également versée en cas d'adoption.

23. Limite des remboursements

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

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

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

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

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

24. Etendue territoriale des garanties

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

Les règlements sont effectués en France et en Euros.

25. Règlement des Prestations

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

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

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

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

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

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

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

26. Contrôle

Afin de pouvoir vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et aux conditions d'attributions de ses prestations, la Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout adhérent ou ayant droit qui formule une demande de remboursement ou bénéficie de prestations au titre du présent contrat. Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives des professionnels de santé et éventuellement par expertise médicale. **En cas de refus de l'adhérent ou de l'ayant droit de se soumettre à ce contrôle, les actes concernés ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle.**

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

Chapitre II : GARANTIES ANNEXES

27. Accès au fonds social

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

Les membres participants en situation de handicap ou en situation de dépendance peuvent bénéficier d'un service des aides exceptionnelles pour le financement de frais de santé, d'un aménagement de domicile, de véhicule ou d'appareillage lié au handicap.
De plus, des aides exceptionnelles peuvent être octroyées suite à des catastrophes naturelles.

28. Assistance (cf notice jointe)

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

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

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

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

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

29. Téléconsultation

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

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

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

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

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

30. Deuxième avis médical

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

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

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

31. Bénéficiaire des garanties annexes

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

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

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

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

EFFET :

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

CESSATION :

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

COTISATION :

La cotisation est celle prévue pour les agents en activité.

ANNEXE 2

MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE DEPART DE LA COLLECTIVITE

Cas d'une réorganisation

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

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

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

Cas d'un départ isolé vers une autre collectivité

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

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

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

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

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

Bénéficiaires du maintien :

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

Ce maintien n'est pas accordé :

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

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

Prise d'effet et durée du maintien :

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

Cessation du maintien des garanties :

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

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

Avant ce terme, le maintien est interrompu :

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

Modalités d'information :

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

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

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

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

Cas de la mise en retraite pour invalidité d'un membre participant

Le maintien des garanties est également prévu pour les anciens agents appartenant à la catégorie de personnel assuré en cas de mise en position de retraite pour invalidité.

Le membre participant doit en faire la demande dès la connaissance de sa mise en retraite pour invalidité, s'il le souhaite. Le bénéfice de ce maintien prendra effet le jour de mise en retraite pour invalidité et ce jusqu'au terme du contrat.

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

Les cotisations appliquées seront celles des membres participants en activité de service.

ANNEXE 3

MAINTIEN DES GARANTIES AUX AYANTS DROITS D'UN AGENT DECEDE

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

EFFET

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

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

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

CESSATION

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

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

COTISATION

La cotisation est celle prévu pour les agents en activité.

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

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

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

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

DEFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION

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

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

ANNEXE 4

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

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

1. EFFET

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

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

2. BENEFICIAIRES

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

3. COTISATION

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

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

4. MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

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

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

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

5. DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

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

la poursuite de la garantie. L'adhésion pourra être résiliée par la MNT dans les deux mois à l'échéance de la mise en demeure restée infructueuse.

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

6. CESSATION

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

- à la date du décès du membre participant,
- en cas de résiliation du contrat ou de la présente annexe,
- en cas de non-paiement de la cotisation par le membre participant retraité, tel que prévu au paragraphe ci-dessus.
- en cas de résiliation par le membre participant qui peut mettre fin à son adhésion en adressant sa demande à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 31 octobre, pour une prise d'effet de la radiation au 31 décembre suivant

En outre, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, le membre participant peut résilier son adhésion à tout moment, sans frais ni pénalité. Cette résiliation vaut également pour ses ayants droit.

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

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

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

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

7. ASSURANCE INDIVIDUELLE APRES RESILIATION

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