



REGIME FRAIS DE SANTE ENSEMBLE DU PERSONNEL

DOSSIER AFFILIATION 2021

DUE

GARANTIES et TARIFS

Tableau de garanties M2191 en vigueur au 01/01/2020

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR) ou en euros. Les remboursements exprimés en BR, les forfaits équipements optiques et aides auditives sont pris en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) ; ils incluent la part de remboursement de l'AMO. Les remboursements sont limités aux frais engagés et aux montants indiqués dans le tableau de garantie sur présentation des factures acquittées.

SOINS COURANTS	M2191
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes OPTAM/OPTAM-CO	250 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	250 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, ...)	250 % BR
Analyses et examens de laboratoire	250 % BR
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) OPTAM/OPTAM-CO	250 % BR
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) Hors OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO	250 % BR
Actes techniques médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Pharmacie : médicaments remboursés par l'AMO	100 % BR
Actes de petite chirurgie OPTAM/OPTAM-CO	250 % BR
Actes de petite chirurgie Hors OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Matériel médical - Orthopédie, petits et grands appareillages	250 % BR
Matériel médical - Forfait orthopédie, petits et grands appareillages	200 €/an
Matériel médical - Prothèses capillaires et mammaires	250 % BR + 350 €/an

HOSPITALISATION (1)	M2191
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique OPTAM/OPTAM-CO	300 % BR
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique Hors OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Si acte médical supérieur à 120€, prise en charge du forfait	24 €
Honoraires médicaux OPTAM/OPTAM-CO	300 % BR
Honoraires médicaux hors OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Frais de séjour	100 % frais réels
Forfait journalier	100 % frais réels
Chambre particulière	
- en chirurgie et médecine : durée illimitée	3 % PMSS/jour
- en maternité, rééducation, maison de repos, maison de convalescence et moyen séjour : 60 jours /an	
Frais d'accompagnement	
- enfants de moins de 16 ans ou adultes de plus de 75 ans : 30 jours	2 % PMSS/jour
- autres cas : 2 jours	
Garanties majorées en cas d'accident de la circulation	
Actes chirurgicaux et d'anesthésie OPTAM/OPTAM-CO	350 % BR
Actes chirurgicaux et d'anesthésie Hors OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Chambre particulière (6 mois maximum en secteur médecine et chirurgie)	120 €/jour
Frais d'accompagnement : lit et repas en milieu hospitalier (durée 15 jours maximum par accident)	2.50 % PMSS/jour
Frais liés à l'hospitalisation facturés par l'établissement (télévision, téléphone, ...)	100 €/an

OPTIQUE (2) 1 équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue	M2191
 Équipement 100% Santé* (monture et verres classe A) :	Remboursement intégral
Équipement hors 100% Santé (monture et verres classe B) :	
- Verre simple	160 €/verre
- Verre complexe	275 €/verre
- Verre très complexe	275 €/verre
- Monture	100 €
Avantage adhérent Équipement si achat dans un espace optique Prévifrance	
- D'un équipement à verres simples dans la limite des plafonds des "Contrats Responsables"	+ 30 €
- D'un équipement à verres complexes dans la limite des plafonds des "Contrats Responsables"	+ 60 €
Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR
Forfait Lentilles remboursées ou non par l'AMO	200 €/an
Avantage adhérent lentilles si achat dans un espace optique Prévifrance	+ 30 €/an
Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, presbytie)	15% PMSS/œil

* Tels que définis réglementairement

DENTAIRE (3)	M2191
 Soins et Prothèses 100% Santé* (panier sans reste à charge) : Soins et consultations Inlay-onlay Prothèses remboursées par l'AMO (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres) Inlay-core et inlay-core à clavettes (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres) Prothèses non remboursées par l'AMO Orthodontie remboursée par l'AMO Orthodontie non remboursée par l'AMO Implantologie et parodontologie remboursées par l'AMO Implantologie et parodontologie non remboursées par l'AMO <i>* Tels que définis réglementairement</i>	Remboursement intégral 250 % BR 250 % BR 400 % BR 400 % BR 161 €/prothèse 350 % BR 387 €/semestre 400 % BR 850 €/an

AIDES AUDITIVES (4) 1 prothèse par oreille tous les 4 ans	M2191
 Equipement 100% Santé* (Classe 1) à partir du 01/01/2021 Equipement hors 100% Santé (Classe 2) : Aides auditives - Prothèses auditives Aides auditives - Avantage adhérent si achat dans le centre d'audioprothèse PréviFrance <i>* Tels que définis réglementairement</i>	Remboursement intégral 250 % BR + 350 €/an + 100 €/oreille

TRANSPORT	M2191
Transport	100 % BR

LES PLUS (5)	M2191
Cures Thermales - Honoraires de surveillance médicale, forfait thermal, forfait hébergement Panier de soins affecté à l'un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire : amniocentèse, contraception, fécondation in vitro, homéopathie non remboursée, ostéodensitométrie, sevrage tabagique, vaccins non remboursés Forfait séances nombre de séances maximum toutes spécialités énumérées confondues : acupuncteur, chiropraticien, diététicien diplômé d'état, étio-pathie, microkinésithérapeute, ostéopathe, pédicure-podologue, psychologue Prime de naissance Actes de prévention remboursés par l'AMO	100 % BR + 15 % PMSS/an 130 € 1,5% PMSS/séance 4 séances max/an 15 % PMSS 100 % BR

Cette garantie est conforme à la législation en vigueur sur les contrats responsables. Elle sera automatiquement adaptée en fonction des évolutions législatives et réglementaires. Si vous êtes hors parcours de soins coordonnés, votre contrat ne prendra pas en charge la diminution des remboursements appliquée par l'assurance maladie obligatoire, ni les dépassements d'honoraires.

Mentions complémentaires

La réglementation impose la différenciation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM /OPTAM-CO) ; si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, votre contrat ne pourra prendre en charge ses dépassements d'honoraires que minoré de 20% BR par rapport à ceux d'un médecin ayant adhéré et dans tous les cas à hauteur maximale de 100 % BR.

Les forfaits hors équipement optique et aides auditives sont calculés par année civile et par bénéficiaire. Ils sont non reportables d'une année sur l'autre.

(1) HOSPITALISATION

- Le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers est pris en charge sans limitation de durée. Cette prise en charge s'applique aux séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY). Elle s'applique aussi si les séjours en cures thermales ou médicales, en colonie sanitaire, en maison d'enfants ou les séjours de lutte contre toutes sortes d'addiction sont effectués dans un établissement hospitalier.
- **Le forfait journalier facturé par des établissements médico-sociaux, tels que prévus à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale n'est pas pris en charge.**
- **Sont exclus les remboursements afférents aux frais liés aux séjours en maison de retraite et hospice et séjours en unités et centres de longue durée.**
- La chambre particulière est prise en charge à partir d'une nuit d'hospitalisation **uniquement dans les secteurs précisés dans le tableau de garanties** ; la prise en charge s'exerce à concurrence du tarif plafond et du nombre de jours indiqués.
- Les frais d'accompagnement (lit d'accompagnant et repas en milieu hospitalier) doivent se situer pendant la durée de l'hospitalisation. L'indemnité versée est plafonnée au montant indiqué sur le tableau des garanties.
- Est réputé "accident de la circulation", l'accident :
 - provoqué par un objet, un véhicule, un animal ou un piéton, lorsque le membre participant ou l'un de ses ayants droit circule à pied sur une voie publique ou privée,
 - survenu à l'occasion d'un parcours effectué par le membre participant ou l'un de ses ayants droit, soit en tant que passager d'une ligne régulière de transport par voie de fer, d'air ou d'eau, soit en tant que passager ou conducteur d'un véhicule sur voie de terre,Il est précisé que les accidents survenant lors de la pratique d'une activité sportive nécessitant l'utilisation de véhicules à moteur ne sont pas considérés comme des accidents de la circulation.

(2) OPTIQUE

- Un équipement optique est composé d'une monture et de 2 verres.
 - Un verre simple est un verre dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 ou dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00.
 - Un verre complexe est un verre dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 ou dont la sphère est inférieure à -6,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 ou dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 ou dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00.
 - Un verre très complexe est un verre dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 ou dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 ou dont la sphère est inférieure à -8,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00.
- Le forfait équipement optique s'entend part AMO et ticket modérateur inclus. En application du décret 2014-1374 du 18 novembre 2014 et 2019-21 du 11 janvier 2019 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait équipement optique tous les 2 ans ou tous les ans pour les moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, période calculée à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique. Dans tous les cas, le remboursement maximum pour une monture est de 100€.
- L'équipement 100% Santé est composé d'une monture et de 2 verres à prix limités (classe A) sans reste à charge pour l'adhérent. Si celui-ci choisit un équipement à prix libres (classe B), le remboursement se fera sur la base des montants indiqués dans le tableau de garantie. L'adhérent peut aussi choisir des verres de Classe A avec une monture de Classe B ou inversement.
- Les « Avantages Adhérents » sont attribués en complément du forfait équipement, dans les limites des plafonds des « Contrats Responsables », soit pour un équipement simple : 420€, un équipement complexe : 700€, un équipement très complexe : 800€, un équipement simple et complexe : 560€, un équipement simple et très complexe : 610€, ou un équipement complexe et très complexe : 750€.
- Le forfait concernant les lentilles non remboursées par l'assurance maladie obligatoire est versé sur prescription médicale et sur facture acquittée.
- Les forfaits concernant la chirurgie réfractive sont calculés par année d'ancienneté dans la garantie par bénéficiaire et ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

(3) DENTAIRE

- Les soins et prothèses 100% santé sont sans reste à charge pour les adhérents. Ceux-ci peuvent toujours choisir des soins à reste à charge maîtrisés ou à tarif libre. Dans ce cas, les remboursements s'effectueront sur la base des taux ou montants indiqués dans le tableau de garanties.
- Les prothèses, l'orthodontie, la parodontologie et l'implantologie non remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont prises en charge sur présentation d'une facture acquittée d'un praticien agréé, si leur remboursement est prévu dans la garantie souscrite.

(4) AIDES AUDITIVES

- A compter du 1er janvier 2021, l'équipement 100% Santé prévoit des aides auditives à prix limités (Classe I) sans reste à charge pour l'adhérent. Si celui-ci choisit une aide auditive à tarif libre (classe II), le remboursement se fera sur la base des montants indiqués dans le tableau de garanties, dans la limite du plafond des "Contrats Responsables" (1700€/oreille).
- En application du décret 2019-21 du 11/01/2019 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait aide auditive tous les 4 ans.
- Les avantages Adhérent sont attribués en complément du forfait aide auditive, dans la limite du plafond des « contrats responsables ».

(5) LES PLUS

- Si le tableau de garantie le prévoit, la Mutuelle rembourse les prestations indiquées soit sur prescription médicale et sur facture acquittée du praticien ou de l'établissement sous déduction de l'éventuelle prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, soit s'il s'agit de séances sur facture acquittée du praticien agréé dans la discipline.
- La prime de naissance est versée lors de l'inscription de l'enfant dans les 6 mois de sa naissance ou de l'adoption.

Exemples de remboursement (à titre indicatif, sans valeur contractuelle)

Exemples	Montant servant de référence	Remboursement assurance maladie obligatoire	Remboursement Mutuelle PréviFrance	Reste à charge	Précisions éventuelles
SOINS COURANTS					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	Tarif conventionnel	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	Tarif conventionnel	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €
SOINS COURANTS					
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Prix moyen national de l'acte	44,00 €	16,50 €	26,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Prix moyen national de l'acte	56,00 €	15,10 €	29,90 €	11,00 €
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier en court séjour	Tarif réglementaire	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	Prix moyen national de l'acte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	Prix moyen national de l'acte	431,00 €	247,70 €	183,30 €	0,00 €
OPTIQUE					
 Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé) : Verre unifocal classe A, sphère] -4,00 à -6,00]	Prix limite de vente	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	Prix moyen national de l'acte	345,00 €	0,09 €	344,91 €	0,00 €
DENTAIRE					
Détartrage	Tarif conventionnel	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €
 Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèses 100% santé)	Honoraire limite de facturation	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	Prix moyen national de l'acte	538,70 €	84,00 €	396,00 €	58,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	Prix moyen national de l'acte	538,70 €	75,25 €	354,75 €	108,70 €
AIDES AUDITIVES					
 Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	Prix limite de vente	1 100,00 €	210,00 €	890,00 €	0,00 €
Aide auditive de classe II	Prix moyen national de l'acte	1 476,00 €	210,00 €	1 015,00 €	251,00 €

COTISATIONS

La cotisation mensuelle pour 2021 est fixée comme suit :

Tarifs en % du PMSS	M2191
Type de contrat	Obligatoire
Salarié	2,391%
Famille (au sens SS)	4,333%
Conjoint	2,391%
Enfant	0,841%

NOTICE D'INFORMATION

NOTICE D'INFORMATION PREVI SANTE ENTREPRISE

CONTRAT COLLECTIF A ADHESION OBLIGATOIRE

N° CC3108654-12E

**NOM ENTREPRISE : MISSION LOCALE
HAUTE GARONNE**

SOMMAIRE

PREAMBULE : LES PARTIES AU CONTRAT	3
ARTICLE 1. OBJET	3
ARTICLE 2. DATE D'EFFET – DUREE - RESILIATION – MODIFICATION DU CONTRAT	3
ARTICLE 3. ADHESION	3
3.1. CHOIX DES GARANTIES	3
3.2. FORMALITES D'ADHESION	3
3.3. COUVERTURE DES AYANTS DROIT	4
ARTICLE 4. INFORMATION DU SOUSCRIPTEUR ET DU MEMBRE PARTICIPANT	4
4.1. INFORMATION DU SOUSCRIPTEUR	4
4.2. INFORMATION DU MEMBRE PARTICIPANT	4
ARTICLE 5. GARANTIES	4
5.1. PRISE D'EFFET DES GARANTIES	4
5.2. CHANGEMENT D'OPTION DE GARANTIES	4
5.3. CESSATION DES GARANTIES	5
5.4. FAUSSE DECLARATION	5
5.5. MAINTIEN DES GARANTIES	5
5.5.1. DANS LE CADRE DE LA PORTABILITE DES DROITS	5
5.5.1.1. CONDITIONS DE MAINTIEN DES GARANTIES	5
5.5.1.2. GARANTIES SANTE MAINTENUES	5
5.5.1.3. MODALITES PRATIQUES	5
5.5.1.4. FINANCEMENT	6
5.5.1.5. CAS DE CESSATION DE LA PORTABILITE SANTE	6
5.5.2. DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI N° 89-1009 DU 31 DECEMBRE 1989 DITE « EVIN »	6
5.6. SUSPENSION DES GARANTIES MISES EN PLACE A TITRE OBLIGATOIRE PAR L'EMPLOYEUR	6
5.7. DESCRIPTIF DES GARANTIES	6
5.8. REVISION DES GARANTIES	7
ARTICLE 6. PRESTATIONS	8
6.1. CONDITIONS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS	8
6.2. TIERS PAYANT	8
6.3. CONTROLE	8
6.4. INDUS :	8
ARTICLE 7. COTISATIONS	8
7.1. DETERMINATION DES COTISATIONS	8
7.2. REVISION DES COTISATIONS	8
7.3. PAIEMENT DES COTISATIONS	8
7.4. NON-PAIEMENT DES COTISATIONS	8
ARTICLE 8. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	9
8.1. SUBROGATION	9
8.2. PRESCRIPTION	9
8.3. TERRITORIALITE	9
8.4. RECLAMATION – MEDIATION	9
8.4.1. RECLAMATION	9
8.4.2. MEDIATION	9
8.5. AUTORITE DE CONTROLE	10
8.6. ACTION SOCIALE	10
8.7. INFORMATIQUE ET LIBERTES	10

Préambule : Les parties au contrat

▪ La Mutuelle PréviFrance

Le contrat collectif Frais de Santé à adhésion obligatoire est souscrit auprès de la Mutuelle PREVIFRANCE, ci-après dénommée la Mutuelle.

La Mutuelle est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité. Elle dispose des agréments dans les branches suivantes du Code de la Mutualité : branche 1 Accident, branche 2 Maladie, branche 20 Vie-Décès. Elle est immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro SIREN 776950669. Son siège social est situé au 80, rue Matabiau, BP 71269, 31012 TOULOUSE Cedex 6.

▪ Le Souscripteur

Le Souscripteur du contrat est l'employeur ou la personne morale dont les coordonnées sont précisées aux Conditions Particulières ; il doit être représenté par la personne dûment habilitée.

Article 1. Objet

Le contrat collectif Frais de santé à adhésion obligatoire a pour objet le remboursement de frais occasionnés par une maladie, un accident, ou une maternité, en complément des prestations en nature servies par le régime d'assurance maladie obligatoire français, au profit de l'ensemble des membres de la catégorie de personnel du Souscripteur définie aux Conditions Particulières et ayant des droits ouverts dans un régime d'assurance maladie obligatoire français

Le contrat respecte le cahier des charges des contrats solidaires et responsables et sera adapté en cas d'évolution du cadre législatif et réglementaire régissant ce dispositif.

Il est constitué d'une garantie Frais de Santé de base à laquelle doivent adhérer à titre obligatoire l'ensemble des membres de la catégorie de personnel garanti et éventuellement, sous conditions de souscription d'options facultatives par le Souscripteur, d'une ou plusieurs options de garanties supplémentaires incluant cette garantie de base, qui peuvent être choisies facultativement par chaque membre du personnel garanti.

Le contrat est régi par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et les Statuts de la Mutuelle PREVIFRANCE.

Il est constitué des présentes Conditions Générales, des Conditions Particulières et annexes et des éventuels avenants.

Article 2. Date d'effet – Durée - Résiliation – Modification du contrat

La date d'effet du contrat est fixée aux Conditions Particulières.

Le contrat est conclu pour une première période allant de la date d'effet au 31 décembre de l'année en cours.

Il se renouvelle annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf avis de résiliation adressé par l'une ou l'autre des Parties par lettre recommandée, au moins deux mois avant l'échéance du 31 décembre.

La résiliation du contrat entraîne la cessation des garanties et du paiement des prestations pour les frais de santé engagés postérieurement à la date de résiliation.

Le contrat peut également être résilié par la Mutuelle en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 7 du contrat.

Les éventuelles modifications du contrat font l'objet d'avenants signés des deux Parties.

Article 3. Adhésion

Le Souscripteur, signataire du contrat, est l'interlocuteur de la Mutuelle pour la gestion de tout événement s'y rapportant.

Il est notamment responsable de l'adhésion à titre obligatoire de l'ensemble des membres de son personnel, présents ou à venir, appartenant à la catégorie indiquée aux Conditions Particulières.

Ces personnels sont affiliés, conformément à l'article L911-1 du Code de la Sécurité sociale, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, des dispositions de la convention ou de l'accord collectif applicable, de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, ou d'une décision unilatérale de l'employeur et ce, sous réserve des conditions d'ancienneté et des dispenses d'adhésion autorisées par la réglementation en vigueur et expressément prévues par l'acte juridique instituant le régime Frais de Santé.

A la date de leur adhésion, les membres du personnel garanti deviennent membres participants de la Mutuelle.

3.1. Choix des garanties

L'ensemble des membres du personnel garanti et leurs éventuels ayants droit bénéficient des prestations prévues par la garantie Frais de santé obligatoire choisie en socle de base par le Souscripteur.

Sous conditions de souscription d'options facultatives par le Souscripteur, une ou plusieurs options de garanties supplémentaires peuvent être choisies facultativement par chaque membre du personnel garanti.

Ces options sont conçues, garantie de base incluse, afin de renforcer ou compléter certaines prestations de la garantie de base.

A défaut de choix clairement exprimé, les membres participants et leurs ayants droit sont affiliés à la garantie de base constituant la couverture Frais de Santé complémentaire de base à adhésion obligatoire.

Les éventuels ayants droit doivent être affiliés aux mêmes garanties que le membre participant.

3.2. Formalités d'adhésion

Le Souscripteur adresse à la Mutuelle la liste nominative des membres appartenant à la catégorie de personnel à garantir. Il doit joindre les bulletins individuels d'adhésion, remplis et signés par chaque membre du Personnel concerné, indiquant, si le choix leur est ouvert, leur option de garanties (garanties de base ou option de garanties supplémentaires incluant les garanties de base).

Doivent être également joints, tous les documents nécessaires à la Mutuelle (notamment, attestation d'assuré social et relevé d'identité bancaire).

Le Souscripteur s'engage à informer immédiatement la Mutuelle de toute entrée et sortie dans la catégorie de personnel garanti, ainsi que de l'affiliation ou radiation d'éventuels ayants droit des membres participants, et à lui faire parvenir les bulletins correspondants.

La Mutuelle pourra demander au Souscripteur de lui adresser périodiquement des états nominatifs récapitulant les entrées et sorties des membres du personnel bénéficiaires des garanties, avec mise à jour de leurs ayants droit.

Afin de faciliter le règlement des prestations, la Mutuelle doit également être informée, dès leur survenance, de tout changement sur les données personnelles et familiales indiquées sur le bulletin d'adhésion (adresse, coordonnées bancaires, mise à jour des ayants droit...).

3.3. Couverture des ayants droit

Les membres participants peuvent éventuellement couvrir leurs ayants droit.

Les conditions de couverture des ayants droit, notamment leur affiliation à titre obligatoire ou facultatif, sont fonction des dispositions prévues à ce sujet par l'acte juridique régissant les garanties complémentaires Frais de Santé au sein de l'entreprise. Aussi, la vérification des demandes d'affiliation ou de radiation des ayants droit est de la responsabilité du Souscripteur. Pour autant, la Mutuelle pourra demander périodiquement aux membres participants de lui faire parvenir les justificatifs de qualité de leurs ayants droit.

L'affiliation des ayants droit aux garanties est subordonnée à l'adhésion du membre participant.

Les ayants droit sont affiliés aux mêmes garanties que le membre participant.

Le changement d'option de garanties du membre participant entraîne automatiquement celui de ses ayants droit.

Les ayants droit cessent de bénéficier des garanties en même temps que le membre participant ou dès qu'ils ne répondent plus à la définition d'ayants droit.

Sauf définition spécifique indiquée dans les Conditions Particulières, peuvent être inscrites en tant qu'ayant droit du membre participant, les personnes physiques suivantes :

- a. son conjoint, ou la personne liée au membre participant par un Pacte Civil de Solidarité, ou son concubin notoire ;
- b. les enfants du membre participant et/ou des personnes définies au a., jusqu'à leur dix-huitième anniversaire, ou jusqu'à leur vingt-huitième anniversaire s'ils poursuivent des études ou une formation en alternance, ou sont en contrat d'apprentissage, d'insertion ou de professionnalisation, ou sont inscrits à Pôle Emploi à la recherche de leur premier emploi et non indemnisés ;
- c. les enfants du membre participant et/ou des personnes définies au a. sans condition d'âge s'ils sont handicapés et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles ;
- d. les ascendants à charge fiscalement du membre participant.

L'inscription de l'enfant d'une personne définie au a. n'est possible qu'à la condition que cette dernière soit inscrite à la Mutuelle.

Le membre participant s'engage à fournir à tout moment à la Mutuelle la preuve de la qualité d'ayant droit de chaque personne inscrite comme telle. Le membre participant a l'obligation d'informer la Mutuelle, dès leur survenance, de toute modification des informations qu'il a fournies.

Article 4. Information du souscripteur et du membre participant

4.1. Information du Souscripteur

La Mutuelle remet les Statuts, Conditions Générales, Conditions Particulières, annexes et éventuels avenants au Souscripteur.

La Mutuelle communique annuellement au Souscripteur un rapport sur les comptes, indiquant notamment le pourcentage des frais de gestion et d'acquisition afférents au contrat.

4.2. Information du membre participant

La Mutuelle transmet au Souscripteur une notice qui décrit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Le Souscripteur est tenu de remettre cette notice et les statuts de la Mutuelle à chaque membre participant.

Le Souscripteur est également tenu d'informer chaque membre participant des modifications apportées à ses droits et obligations et de lui remettre la notice rectifiée en conséquence.

La preuve de la remise de la notice d'information et des Statuts aux membres participants incombe au Souscripteur.

Le Souscripteur doit également informer le membre participant avant toute éventuelle suspension de ses garanties suite à la suspension du contrat de travail.

Le Souscripteur a l'obligation d'informer chaque membre participant préalablement à la résiliation du contrat.

Article 5. Garanties

5.1. Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet pour chaque membre participant à la date inscrite sur son certificat d'adhésion, établi suite à la transmission par le Souscripteur à la Mutuelle du bulletin d'adhésion dûment complété.

La prise d'effet des garanties est demandée par le Souscripteur selon l'engagement pris dans l'acte juridique régissant le régime frais de santé (entrée dans la catégorie de personnel garanti ou, atteinte de l'ancienneté requise pour bénéficiaire du régime, ou arrivée au terme d'éventuelles dispenses d'adhésion, ...).

Les garanties prennent effet pour chaque ayant droit à la date inscrite sur le certificat d'adhésion mis à jour suite à la réception par la Mutuelle de la demande d'affiliation dûment complétée et justifiée.

5.2. Changement d'option de garanties

(sous condition de souscription de ces options facultatives par le Souscripteur)

L'ensemble des membres participants et leurs éventuels ayants droit bénéficient de la garantie obligatoire Frais de Santé de base.

Dès son adhésion, et si le Souscripteur a ouvert ce choix, un membre participant peut opter pour une option de garanties supplémentaires incluant la garantie de base. Ce choix vaut pour lui-même et ses éventuels ayants droit.

Sauf demande écrite de changement d'option ou de radiation de l'option de garanties supplémentaires, dans les conditions décrites ci-après, l'option de garantie est reconduite chaque année par tacite reconduction.

Le membre participant peut demander à changer d'option ou à radier l'option de garanties facultatives dans les conditions suivantes :

- après un an d'adhésion sur les mêmes garanties, pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de l'année suivante, sous réserve que sa demande soit reçue par la Mutuelle avant le 31 octobre de l'année en cours ;
- dans le délai d'un mois suivant la transmission de la notice informant le membre participant d'une modification de ses droits et obligations afférents à l'option de garanties santé dont il bénéficiait ;
- dans les trois mois suivant un changement de sa situation de famille (affiliation ou radiation d'ayants droit), pour une prise d'effet au premier jour du mois suivant la réception par la Mutuelle de sa demande complétée de toutes les pièces justificatives.

Le membre participant et ses ayants droits doivent en tout état de cause bénéficier de la même option de garanties.

5.3. Cessation des garanties

En cas de sortie d'un membre participant de la catégorie de personnel garanti, ses garanties prennent fin à la date de radiation demandée par le Souscripteur.

Les garanties de ses éventuels ayants droit cessent concomitamment.

Les garanties dont bénéficient les ayants droit cessent également au jour où le Souscripteur transmet la demande de radiation de leur affiliation, notamment lorsqu'ils ne peuvent plus justifier de cette qualité.

En dehors des cas cités précédemment, le membre participant peut demander la résiliation de l'affiliation à titre facultatif de ses ayants droit au 31 décembre de chaque année, à condition d'en informer la Mutuelle par lettre recommandée au moins deux mois avant la fin de l'année civile en cours.

Conformément aux dispositions de l'article 3-3, peuvent être ayants droit les enfants jusqu'à leur vingt-huitième anniversaire sous certaines conditions ; de fait, la résiliation de leur affiliation interviendra au plus tard au 31 décembre de l'année de leur 28ème anniversaire.

Dès la radiation, les cartes de tiers payant doivent être renvoyées à la Mutuelle.

Les garanties cessent également en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 7 du contrat.

5.4. Fausse déclaration

Les dispositions des articles L 221-14 et L 221-15 du Code de la Mutualité s'appliquent au contrat. Ainsi, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle.

5.5. Maintien des Garanties

Au profit des anciens salariés si l'adhésion collective est souscrite par l'employeur suite à convention ou accord collectif, accord ratifié par référendum ou décision unilatérale de l'employeur

5.5.1. Dans le cadre de la Portabilité des droits

Ce dispositif de portabilité est déterminé par l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, issu de l'article 1 de la Loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

Toute modification

5.5.1.1. Conditions de maintien des garanties

Le salarié bénéficie du maintien à titre gratuit de sa couverture frais de santé 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 le dernier employeur (le salarié n'ayant pas bénéficié de la couverture santé, soit au titre d'une dispense d'affiliation, soit parce qu'il n'avait pas atteint l'éventuelle ancienneté requise dans l'entreprise pour bénéficier des garanties, n'a pas droit à la portabilité) ;
- les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- l'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des présentes conditions prévues par l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale ;
- l'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail du salarié.

Le maintien est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail, selon les modalités prévues par l'acte de droit du travail régissant les garanties en entreprise (accord collectif, accord ratifié par référendum, ou décision unilatérale de l'employeur).

5.5.1.2. Garanties santé maintenues

Conformément à l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale : « les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ».

Aussi, toute modification apportée aux garanties collectives des salariés actifs sera également appliquée à la couverture santé maintenue à l'ancien salarié, et à ses éventuels ayants droit, dans le cadre de la portabilité.

La résiliation du contrat collectif par le Souscripteur ou le changement d'organisme assureur lui sera également opposable.

L'information de l'ancien salarié bénéficiant du maintien des garanties sur ses droits et leur évolution est de la responsabilité du Souscripteur.

5.5.1.3. Modalités pratiques

Le dispositif de maintien de la couverture prend effet le lendemain de la date de cessation du contrat de travail, sous réserve, d'une part que la Mutuelle en ait été informée par l'employeur par la transmission du bulletin de portabilité prévu à cet effet et, d'autre part, que l'ancien salarié lui adresse, dès ouverture de ses droits à prise en charge par le régime d'assurance chômage, les justificatifs correspondants.

Obligations de l'employeur

L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail du salarié par l'envoi du bulletin de portabilité.

Obligations du salarié

L'ancien salarié s'engage à adresser à la Mutuelle, dès sa réception, une copie de la notification d'ouverture de droit émise par Pôle Emploi.

L'ancien salarié devra fournir à la Mutuelle tous les trimestres les justificatifs de ces droits à prise en charge par Pôle emploi et l'informer de tout événement de nature à mettre fin à ses droits à la portabilité, notamment en cas de fin d'indemnisation par l'assurance chômage.

Si l'ancien salarié ne remplit pas son obligation de transmission de ces informations et justificatifs, la Mutuelle pourra lui signifier par lettre recommandée la résiliation définitive de son adhésion. Elle pourra en outre exiger le remboursement de prestations versées sur des périodes pendant lesquelles l'ancien salarié n'a pas justifié de ses droits à portabilité.

5.5.1.4. Financement

Le financement de la portabilité est assuré par un système de mutualisation intégré dans le calcul de la cotisation afférente aux garanties en vigueur dans l'entreprise.

L'ancien salarié, et éventuellement ses ayants droit couverts par les garanties collectives santé lors de la rupture du contrat de travail, n'ont pas de cotisation à acquitter après la cessation du contrat de travail et jusqu'à la fin des droits à portabilité.

5.5.1.5. Cas de cessation de la portabilité santé

La portabilité des garanties santé cesse dans les cas suivants :

- fin de l'indemnisation chômage ;
- non transmission par l'ancien salarié des justificatifs du régime d'assurance chômage ;
- résiliation par le souscripteur de l'adhésion collective frais de santé en vigueur dans l'entreprise ;
- décès de l'ancien salarié ;
- arrivée au terme de la durée de portabilité des droits et au plus tard douze mois après la cessation du contrat de travail.

5.5.2. Dans le cadre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Evin »

Les membres participants peuvent bénéficier des dispositions de l'article 4 de la Loi Evin, selon lesquelles le maintien des garanties est possible, dans le cadre d'une adhésion facultative au contrat, pour :

- les anciens salariés 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, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande dans les six mois qui suivent la rupture de son 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 ayants droit garantis 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.

La garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

a) Adhésions antérieures au 1er juillet 2017

Les tarifs applicables aux personnes précédemment visées ne peuvent être supérieurs de plus de cinquante pour cent aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

b) Adhésions à partir du 1er juillet 2017

Conformément au Décret n° 2017-372 du 21 mars 2017, un plafonnement progressif des tarifs est mis en place sur trois

ans, à compter de la date d'effet du contrat ou de l'adhésion, selon les modalités suivantes :

- la première année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs,
- la deuxième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs et,
- la troisième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

5.6. Suspension des garanties mises en place à titre obligatoire par l'employeur

Conformément à la réglementation en vigueur et aux dispositions prévues dans l'acte juridique qui régit le régime santé au sein de l'entreprise, les garanties peuvent éventuellement être maintenues, dans les mêmes conditions que pour les actifs, au profit de salariés dont le contrat de travail est suspendu.

Le maintien des garanties, ou la demande de suspension à la Mutuelle, est de la responsabilité du Souscripteur, dans la mesure où des conditions différentes peuvent être convenues entre le Souscripteur et ses salariés dans l'acte juridique régissant le régime, selon que la période de suspension soit indemnisée ou non et selon le motif, médical ou autre, de cette absence.

Lorsque le Souscripteur maintient le bénéficiaire des garanties au profit de ces personnels, les cotisations doivent continuer à être versées à la Mutuelle dans les mêmes conditions que celles du personnel actif.

Lorsque le Souscripteur cesse de maintenir les garanties au profit de membres de son personnel dont le contrat de travail est suspendu, il doit demander leur suspension du contrat des actifs à la Mutuelle. Cette suspension de garanties produit les mêmes effets que la cessation. Les garanties s'interrompent à la date indiquée par le Souscripteur, ainsi que les appels de cotisations, tant pour la partie garantie obligatoire que pour les opérations facultatives afférentes aux éventuelles options de garanties supplémentaires ou aux garanties des ayants droit.

Une solution d'adhésion individuelle peut être proposée par la Mutuelle aux personnes concernées.

Le Souscripteur doit demander à la Mutuelle leur réintégration dans le contrat dès leur reprise d'activité.

5.7. Descriptif des garanties

Le descriptif de la garantie de Frais de Santé est détaillé dans l'annexe jointe aux Conditions Particulières du contrat.

La Mutuelle rembourse les frais donnant lieu à prestation de la part du régime d'assurance maladie obligatoire français et éventuellement, sur prescription médicale, des frais complémentaires expressément détaillés dans les tableaux de garanties.

Les remboursements de frais de santé sont effectués par la Mutuelle sur la base du tarif de convention et sont exprimés part Sécurité sociale incluse.

La Mutuelle rembourse les soins effectués par des praticiens non conventionnés, sur la base du remboursement (Tarif d'autorité) transmis par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant, ou de l'ayant droit, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties sont conformes au dispositif législatif relatif aux « contrats responsables », détaillé notamment dans l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses

différents textes d'application. Elles seront adaptées en cas d'évolution de ces textes.

Ainsi notamment,

- **sont expressément exclues des prestations :**
 - la participation forfaitaire à la charge de l'assuré pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale, sauf ceux réalisés au cours d'une hospitalisation (conformément à l'article L 160-13 II du Code de la Sécurité sociale) ;
 - la franchise forfaitaire, plafonnée annuellement, sur les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires (conformément à l'art. L 160-13 III du Code de la Sécurité sociale).
 - la majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins coordonné (conformément aux articles L162-5-3 et L162-5 18° du Code de la Sécurité sociale) ;
 - la majoration de la participation de l'assuré lorsque le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accès à son dossier médical personnel.
- **Les remboursements respectent les obligations :**
 - de prise en charge de la participation de l'assuré prévue au I de l'article L 160-13 du code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire la prise en charge du ticket modérateur pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, notamment les consultations, les médicaments, les frais d'analyses ou de laboratoires, les prestations liées à la prévention ;
 - de prise en charge sans limitation de durée du forfait journalier en établissement hospitalier ;
 - de double limitation des remboursements des dépassements tarifaires sur les actes et consultations des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ;
 - de prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :
 - à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;
 - dans le respect de prise en charge minimale et maximale, en cas de remboursement des frais exposés, en sus la participation de l'assuré prévue au I de l'article L 160-13 du code de la Sécurité sociale, pour l'acquisition d'équipements composés de verres ou d'une monture

appartenant à une classe prévue à l'article L. 165-1 autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée, ainsi que dans le respect des conditions prévues à l'article D911-1 du code de la Sécurité sociale ;

La prise en charge est limitée à l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

- de prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ;
 - à compter du 1^{er} janvier 2021, de la prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes :
 - à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ;
 - au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.
- La prise en charge est limitée aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1 ;
- La Mutuelle communique annuellement le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties selon les modalités précisées par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale.

5.8. Révision des garanties

Des modifications du cadre législatif ou réglementaire et la parution de nouveaux textes d'application pourront impliquer l'adaptation du contrat pour mise en conformité avec les nouvelles règles. Le contrat sera notamment adapté en cas d'évolution du dispositif sur les « contrats responsables ».

En cas de désaccord sur ces adaptations, les Parties pourront résilier le contrat par envoi de lettre recommandée, dans le mois qui suit la notification de cette révision.

Les Parties au contrat peuvent également souhaiter faire évoluer les garanties. Ces modifications font l'objet d'un avenant signé par le Souscripteur et la Mutuelle.

L'information de chaque membre participant sur les modifications impactant sa couverture est de la responsabilité du Souscripteur.

Article 6. Prestations

6.1. Conditions de paiement des prestations

Le règlement des prestations s'effectue soit par système de Télétransmission, soit sur demande adressée à la Mutuelle, accompagnée des pièces nécessaires au traitement du dossier : décomptes originaux de la Sécurité sociale et d'autres organismes complémentaires, notes d'honoraires détaillées des praticiens, prescriptions des professionnels de santé et factures originales acquittées ainsi que tout document supplémentaire demandé par la Mutuelle pour le traitement du dossier.

Le traitement des prestations s'effectue à réception du dossier complet des pièces justificatives demandées par la Mutuelle.

Dans le cas où ces documents sont transmis par voie dématérialisée, les originaux doivent être conservés par le membre participant ou ses ayants droits afin de pouvoir les présenter en cas de contrôle ; ceci pour la durée de prescription, soit 2 ans à compter de la date des soins.

Seules les dépenses engagées pendant la période de validité de l'adhésion individuelle (c'est-à-dire entre sa date d'effet et sa date de résiliation quelle qu'en soit la cause) sont remboursées par la Mutuelle, la date des soins faisant foi.

Les soins prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ainsi que les hospitalisations antérieures, programmées ou en cours à cette date ne sont pas pris en charge par la Mutuelle. Pour être recevable, toute demande de paiement des prestations doit parvenir à la Mutuelle, avant la date de prescription, soit dans un délai de deux ans à compter de la date des soins.

6.2. Tiers Payant

Selon la garantie souscrite, le membre participant bénéficie du tiers payant, système lui permettant de ne pas faire l'avance des frais. Ce service ne pourra être effectué qu'en fonction des accords passés avec les professionnels de santé et la Mutuelle PréviFrance, sur présentation de la carte Mutuelle, en cours de validité.

En ce qui concerne les hospitalisations, le tiers payant ne pourra être effectué que sur demande de prise en charge.

6.3. Contrôle

Si, après avoir payé un professionnel de santé, il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts, ou que le remboursement dépasse la limite des garanties souscrites, ce bénéficiaire est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte dans les conditions de l'article 6.4.

Dans tous les cas, la Mutuelle peut demander tout renseignement complémentaire, toute pièce justificative, ou faire procéder à tout contrôle permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

En cas d'opposition à ce contrôle, la Mutuelle peut refuser la prise en charge ou le remboursement des frais.

6.4. Indus :

Le membre participant est redevable des sommes qu'il aurait perçues à tort, notamment des remboursements de frais engagés hors période de garantie, qu'ils aient été directement perçus par le bénéficiaire ou payés pour son compte à des professionnels de santé dans le cadre du Tiers payant.

En cas de versement de prestations se révélant indu, la Mutuelle se réserve le droit de :

- compenser le versement indu avec un versement de prestation postérieur, ou
- solliciter le remboursement de la prestation indument versée.

Article 7. Cotisations

7.1. Détermination des cotisations

Les taux et assiettes ou montants de cotisations sont indiqués aux Conditions Particulières.

Ces montants sont déterminés dans le respect des principes mutualistes.

Ils sont notamment établis en fonction des garanties choisies et des données démographiques sur le personnel à garantir déclarées par le Souscripteur.

La Mutuelle pourra adapter le niveau de tarification en fonction de l'évolution des données initialement déclarées.

7.2. Révision des cotisations

Chaque année, les cotisations ou garanties sont analysées et éventuellement ajustées en raison notamment des modifications des bases ou des taux de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire, de l'évolution des dépenses de santé, des résultats techniques du contrat, du renforcement des exigences prudentielles demandées aux organismes assureurs, de l'application de nouvelles taxes et de toute évolution législative ou réglementaire impactant le contrat.

La Mutuelle informe le Souscripteur qui a la charge de tout mettre en œuvre pour rendre ces modifications opposables aux personnels concernés.

En cas de désaccord, le Souscripteur a un mois suite à notification de cette modification pour demander la résiliation du contrat, par lettre recommandée à la Mutuelle, sinon les cotisations seront appelées sur ces nouvelles bases.

7.3. Paiement des cotisations

Les cotisations, y compris les taxes éventuelles, sont payables selon la périodicité et les modalités précisées aux Conditions Particulières.

Dans le cadre des opérations obligatoires, le Souscripteur précompte les cotisations. Il est donc responsable du paiement auprès de la Mutuelle des cotisations afférentes à la garantie Frais de Santé de base obligatoire, tant pour la part patronale que salariale, charge à lui de répartir ces cotisations auprès des membres de son personnel conformément aux dispositions prévues dans l'acte juridique qui régit le régime au sein de l'entreprise et dans le respect de la réglementation sociale et fiscale en vigueur.

Pour les opérations facultatives, telles celles liées au choix d'options de garanties supplémentaires ou à l'affiliation d'ayants droit à titre facultatif, soit le Souscripteur réalise le précompte de l'ensemble des cotisations (charge à lui de répartir ces cotisations auprès des membres de son personnel conformément aux dispositions prévues dans l'acte juridique régissant le régime frais de santé au sein de l'entreprise et dans le respect de la réglementation sociale et fiscale en vigueur), soit elles sont appelées directement par la Mutuelle auprès de chaque membre participant concerné.

Le choix de ces modalités de paiement doit être indiqué par le Souscripteur à la Mutuelle.

7.4. Non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L221-8 du Code de la Mutualité :

I. - Lorsque, dans le cadre des opérations collectives, le Souscripteur assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du Souscripteur.

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 collectif.

La Mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent I.

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

II. - Lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, le Souscripteur n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe. En l'espèce, il pourra être exclu, ainsi que ses ayants droit, des éventuelles options de garanties supplémentaires facultatives et non de la garantie Frais de santé de base obligatoire. L'exclusion peut aussi viser les ayants droit à titre facultatif en cas de non-paiement par le membre participant de la quote-part afférente à leur couverture.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

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

La procédure prévue au I est applicable au Souscripteur qui s'est engagé à participer également au financement des opérations facultatives et ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, la Mutuelle informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée au deuxième alinéa du I et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la Mutuelle ne couvre plus ce risque.

Article 8. Informations complémentaires

8.1. Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit, jusqu'à concurrence des prestations versées par elle, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

A cet effet, le membre participant et ses ayants droit devront informer la Mutuelle de toute demande de remboursement faisant suite à un accident mettant en cause un tiers afin de lui permettre d'exercer son recours contre le tiers responsable ou son assureur.

8.2. Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion à la Mutuelle est prescrite dans un délai de DEUX ANS à compter de l'événement qui y donne naissance conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la Mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive 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.

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

Les demandes de remboursement notamment doivent être présentées dans les plus brefs délais à la Mutuelle ; elles ne seront plus prises en compte passé ce délai de prescription.

8.3. Territorialité

Seuls les frais faisant l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire française pourront être pris en charge par la Mutuelle.

En cas de frais de santé imprévus engagés à l'étranger, la Mutuelle intervient à hauteur de 100% de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sous réserve de recevoir les décomptes originaux de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Le paiement des prestations est toujours effectué sur un compte bancaire français et dans la monnaie légale de l'Etat français ; le taux de conversion monétaire utilisé est identique à celui utilisé par le régime d'Assurance Maladie.

Toutefois, la Mutuelle pourra rembourser selon les taux indiqués dans les tableaux de garantie sous réserve de recevoir :

- l'original ou la copie :

- des factures acquittées et des prescriptions médicales (traduites en français) ;

- du formulaire S3125 intitulé "Soins reçus à l'étranger"

- l'original :

- du décompte de l'Assurance Maladie obligatoire ;

- ainsi que, le cas échéant, du décompte du premier organisme complémentaire.

Dans tous les cas, la Mutuelle rembourse sur la base des taux et des remboursements français dans la limite des frais engagés ; si des prestations annexes à ces soins ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie, elles seront remboursées par la mutuelle de la même manière qu'en France, si le tableau de garantie les prévoit.

8.4. Réclamation – Médiation

8.4.1. Réclamation

Toute réclamation est à adresser à Mutuelle PréviFrance « Réclamation Santé Adhérents » 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE CEDEX 6.

8.4.2. Médiation

Si le différent persiste, le membre participant ou ses ayants droit pourront, saisir gratuitement le Médiateur de la Mutuelle, MEDICYS, après épuisement de toutes les procédures internes de traitement des réclamations mises en place par la Mutuelle et si aucune action contentieuse n'a déjà été engagée pour le même litige.

Le Médiateur est saisi, soit par courrier avec accusé de réception, accompagné de l'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier, envoyé à : MEDICYS 73 boulevard de Clichy 75009 Paris, soit directement sur le site internet de MEDICYS www.medicys-conso.fr.

8.5. Autorité de contrôle

L'instance de contrôle des Mutuelles est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située au 4, Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 9.

8.6. Action sociale

L'adhésion au contrat ouvre accès pour le membre participant et ses ayants droit affiliés à l'Action sociale de la Mutuelle.

8.7. Informatique et libertés

Conformément à la réglementation sur la protection des données, les informations communiquées sont destinées à la Mutuelle PréviFrance en sa qualité de responsable de traitement. Elles sont collectées pour la passation, la gestion et l'exécution de vos adhésions ainsi qu'à des fins de contrôle interne, de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, de lutte contre la fraude à l'assurance, et sauf opposition à des fins de prospection commerciale. Aucune des données à caractère personnel n'est transmise à des tiers autres que les entités PréviFrance et ses éventuels délégataires de gestion.

Pour plus d'informations, les membres participants peuvent consulter la Charte de protection des données mise à disposition par la Mutuelle.

Les membres participants et leurs ayants droit disposent à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles les concernant. Pour exercer ce droit, la demande doit être adressée, accompagnée d'un justificatif d'identité en cours de validité à : Mutuelle PREVIFRANCE - Protection des données- 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE cedex 6, ou par e-mail à : protection.donnees@previfrance.fr

Le membre participant ayant communiqué ses coordonnées téléphoniques à la Mutuelle est informé, en application de l'article L.121-34 du Code de la Consommation, qu'il a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dite « Bloctel » : accessible par le lien www.bloctel.gouv.fr

CONDITIONS GENERALES



Mutuelle
Prévifrance

CONDITIONS GENERALES DU CONTRAT COLLECTIF A ADHESION OBLIGATOIRE

FRAIS DE SANTE

PREVI SANTE ENTREPRISE

SOMMAIRE

PREAMBULE : LES PARTIES AU CONTRAT	3
ARTICLE 1. OBJET	3
ARTICLE 2. DATE D'EFFET – DUREE - RESILIATION – MODIFICATION DU CONTRAT	3
ARTICLE 3. ADHESION	3
3.1. CHOIX DES GARANTIES	3
3.2. FORMALITES D'ADHESION	4
3.3. COUVERTURE DES AYANTS DROIT	4
ARTICLE 4. INFORMATION DU SOUSCRIPTEUR ET DU MEMBRE PARTICIPANT	4
4.1. INFORMATION DU SOUSCRIPTEUR	4
4.2. INFORMATION DU MEMBRE PARTICIPANT	4
ARTICLE 5. GARANTIES	5
5.1. PRISE D'EFFET DES GARANTIES	5
5.2. CHANGEMENT D'OPTION DE GARANTIES	5
5.3. CESSATION DES GARANTIES	5
5.4. FAUSSE DECLARATION	5
5.5. MAINTIEN DES GARANTIES	5
5.5.1. DANS LE CADRE DE LA PORTABILITE DES DROITS	5
5.5.1.1. CONDITIONS DE MAINTIEN DES GARANTIES	5
5.5.1.2. GARANTIES SANTE MAINTENUES	6
5.5.1.3. MODALITES PRATIQUES	6
5.5.1.4. FINANCEMENT	6
5.5.1.5. CAS DE CESSATION DE LA PORTABILITE SANTE	6
5.5.2. DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI N° 89-1009 DU 31 DECEMBRE 1989 DITE « EVIN »	6
5.6. SUSPENSION DES GARANTIES MISES EN PLACE A TITRE OBLIGATOIRE PAR L'EMPLOYEUR	7
5.7. DESCRIPTIF DES GARANTIES	7
5.8. REVISION DES GARANTIES	8
ARTICLE 6. PRESTATIONS	8
6.1. CONDITIONS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS	8
6.2. TIERS PAYANT	8
6.3. CONTROLE	9
6.4. INDUS :	9
ARTICLE 7. COTISATIONS	9
7.1. DETERMINATION DES COTISATIONS.....	9
7.2. REVISION DES COTISATIONS	9
7.3. PAIEMENT DES COTISATIONS.....	9
7.4. NON-PAIEMENT DES COTISATIONS	9
ARTICLE 8. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	10
8.1. SUBROGATION.....	10
8.2. PRESCRIPTION.....	10
8.3. TERRITORIALITE.....	10
8.4. RECLAMATION – MEDIATION	10
8.4.1. RECLAMATION	10
8.4.2. MEDIATION	10
8.5. AUTORITE DE CONTROLE	11
8.6. ACTION SOCIALE	11
8.7. INFORMATIQUE ET LIBERTES	11

Préambule : Les parties au contrat

▪ La Mutuelle PréviFrance

Le présent contrat collectif Frais de Santé à adhésion obligatoire est souscrit auprès de la Mutuelle PREVIFRANCE, ci-après dénommée la Mutuelle.

La Mutuelle est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité. Elle dispose des agréments dans les branches suivantes du Code de la Mutualité : branche 1 Accident, branche 2 Maladie, branche 20 Vie-Décès. Elle est immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro SIREN 776950669.

Son siège social est situé au 80, rue Matabiau, BP 71269, 31012 TOULOUSE Cedex 6.

▪ Le Souscripteur

Le Souscripteur du contrat est l'employeur ou la personne morale dont les coordonnées sont précisées aux Conditions Particulières ; il doit être représenté par la personne dûment habilitée.

Article 1. Objet

Le présent contrat collectif Frais de santé à adhésion obligatoire a pour objet le remboursement de frais occasionnés par une maladie, un accident, ou une maternité, en complément des prestations en nature servies par le régime d'assurance maladie obligatoire français, au profit de l'ensemble des membres de la catégorie de personnel du Souscripteur définie aux Conditions Particulières et ayant des droits ouverts dans un régime d'assurance maladie obligatoire français

Le présent contrat respecte le cahier des charges des contrats solidaires et responsables et sera adapté en cas d'évolution du cadre législatif et réglementaire régissant ce dispositif.

Il est constitué d'une garantie Frais de Santé de base à laquelle doivent adhérer à titre obligatoire l'ensemble des membres de la catégorie de personnel garanti et éventuellement, sous conditions de souscription d'options facultatives par le Souscripteur, d'une ou plusieurs options de garanties supplémentaires incluant cette garantie de base, qui peuvent être choisies facultativement par chaque membre du personnel garanti.

Le contrat est régi par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et les Statuts de la Mutuelle PREVIFRANCE. Il est constitué des présentes Conditions Générales, des Conditions Particulières et annexes et des éventuels avenants.

Article 2. Date d'effet – Durée - Résiliation – Modification du contrat

La date d'effet du présent contrat est fixée aux Conditions Particulières.

Le contrat est conclu pour une première période allant de la date d'effet au 31 décembre de l'année en cours.

Il se renouvelle annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf avis de résiliation adressé par l'une ou l'autre des Parties par lettre recommandée, au moins deux mois avant l'échéance du 31 décembre.

La résiliation du contrat entraîne la cessation des garanties et du paiement des prestations pour les frais de santé engagés postérieurement à la date de résiliation.

Le contrat peut également être résilié par la Mutuelle en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 7 du présent contrat.

Les éventuelles modifications du contrat font l'objet d'avenants signés des deux Parties.

Article 3. Adhésion

Le Souscripteur, signataire du contrat, est l'interlocuteur de la Mutuelle pour la gestion de tout événement s'y rapportant.

Il est notamment responsable de l'adhésion à titre obligatoire de l'ensemble des membres de son personnel, présents ou à venir, appartenant à la catégorie indiquée aux Conditions Particulières.

Ces personnels sont affiliés, conformément à l'article L911-1 du Code de la Sécurité sociale, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, des dispositions de la convention ou de l'accord collectif applicable, de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, ou d'une décision unilatérale de l'employeur et ce, sous réserve des conditions d'ancienneté et des dispenses d'adhésion autorisées par la réglementation en vigueur et expressément prévues par l'acte juridique instituant le régime Frais de Santé.

A la date de leur adhésion, les membres du personnel garanti deviennent membres participants de la Mutuelle.

3.1. Choix des garanties

L'ensemble des membres du personnel garanti et leurs éventuels ayants droit bénéficient des prestations prévues par la garantie Frais de santé obligatoire choisie en socle de base par le Souscripteur.

Sous conditions de souscription d'options facultatives par le Souscripteur, une ou plusieurs options de garanties supplémentaires peuvent être choisies facultativement par chaque membre du personnel garanti.

Ces options sont conçues, garantie de base incluse, afin de renforcer ou compléter certaines prestations de la garantie de base.

A défaut de choix clairement exprimé, les membres participants et leurs ayants droit sont affiliés à la garantie de base constituant la couverture Frais de Santé complémentaire de base à adhésion obligatoire.

Les éventuels ayants droit doivent être affiliés aux mêmes garanties que le membre participant.

3.2. Formalités d'adhésion

Le Souscripteur adresse à la Mutuelle la liste nominative des membres appartenant à la catégorie de personnel à garantir. Il doit joindre les bulletins individuels d'adhésion, remplis et signés par chaque membre du Personnel concerné, indiquant, si le choix leur est ouvert, leur option de garanties (garanties de base ou option de garanties supplémentaires incluant les garanties de base).

Doivent être également joints, tous les documents nécessaires à la Mutuelle (notamment, attestation d'assuré social et relevé d'identité bancaire).

Le Souscripteur s'engage à informer immédiatement la Mutuelle de toute entrée et sortie dans la catégorie de personnel garanti, ainsi que de l'affiliation ou radiation d'éventuels ayants droit des membres participants, et à lui faire parvenir les bulletins correspondants.

La Mutuelle pourra demander au Souscripteur de lui adresser périodiquement des états nominatifs récapitulant les entrées et sorties des membres du personnel bénéficiaires des garanties, avec mise à jour de leurs ayants droit.

Afin de faciliter le règlement des prestations, la Mutuelle doit également être informée, dès leur survenance, de tout changement sur les données personnelles et familiales indiquées sur le bulletin d'adhésion (adresse, coordonnées bancaires, mise à jour des ayants droit...).

3.3. Couverture des ayants droit

Les membres participants peuvent éventuellement couvrir leurs ayants droit.

Les conditions de couverture des ayants droit, notamment leur affiliation à titre obligatoire ou facultatif, sont fonction des dispositions prévues à ce sujet par l'acte juridique régissant les garanties complémentaires Frais de Santé au sein de l'entreprise. Aussi, la vérification des demandes d'affiliation ou de radiation des ayants droit est de la responsabilité du Souscripteur. Pour autant, la Mutuelle pourra demander périodiquement aux membres participants de lui faire parvenir les justificatifs de qualité de leurs ayants droit.

L'affiliation des ayants droit aux garanties est subordonnée à l'adhésion du membre participant.

Les ayants droit sont affiliés aux mêmes garanties que le membre participant.

Le changement d'option de garanties du membre participant entraîne automatiquement celui de ses ayants droit.

Les ayants droit cessent de bénéficier des garanties en même temps que le membre participant ou dès qu'ils ne répondent plus à la définition d'ayants droit.

Sauf définition spécifique indiquée dans les Conditions Particulières, peuvent être inscrites en tant qu'ayant droit du membre participant, les personnes physiques suivantes :

- a. son conjoint, ou la personne liée au membre participant par un Pacte Civil de Solidarité, ou son concubin notoire ;
- b. les enfants du membre participant et/ou des personnes définies au a., jusqu'à leur dix-huitième anniversaire, ou jusqu'à leur vingt-huitième anniversaire s'ils poursuivent des études ou une formation en alternance, ou sont en contrat d'apprentissage, d'insertion ou de professionnalisation, ou sont inscrits à Pôle Emploi à la recherche de leur premier emploi et non indemnisés ;
- c. les enfants du membre participant et/ou des personnes définies au a. sans condition d'âge s'ils sont handicapés et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles ;
- d. les ascendants à charge fiscalement du membre participant.

L'inscription de l'enfant d'une personne définie au a. n'est possible qu'à la condition que cette dernière soit inscrite à la Mutuelle.

Le membre participant s'engage à fournir à tout moment à la Mutuelle la preuve de la qualité d'ayant droit de chaque personne inscrite comme telle. Le membre participant a l'obligation d'informer la Mutuelle, dès leur survenance, de toute modification des informations qu'il a fournies.

Article 4. Information du souscripteur et du membre participant

4.1. Information du Souscripteur

La Mutuelle remet les Statuts, Conditions Générales, Conditions Particulières, annexes et éventuels avenants au Souscripteur.

La Mutuelle communique annuellement au Souscripteur un rapport sur les comptes, indiquant notamment le pourcentage des frais de gestion et d'acquisition afférents au présent contrat.

4.2. Information du membre participant

La Mutuelle transmet au Souscripteur une notice qui décrit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Le Souscripteur est tenu de remettre cette notice et les statuts de la Mutuelle à chaque membre participant.

Le Souscripteur est également tenu d'informer chaque membre participant des modifications apportées à ses droits et obligations et de lui remettre la notice rectifiée en conséquence.

La preuve de la remise de la notice d'information et des Statuts aux membres participants incombe au Souscripteur.

Le Souscripteur doit également informer le membre participant avant toute éventuelle suspension de ses garanties suite à la suspension du contrat de travail.

Le Souscripteur a l'obligation d'informer chaque membre participant préalablement à la résiliation du contrat.

Article 5. Garanties

5.1. Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet pour chaque membre participant à la date inscrite sur son certificat d'adhésion, établi suite à la transmission par le Souscripteur à la Mutuelle du bulletin d'adhésion dûment complété.

La prise d'effet des garanties est demandée par le Souscripteur selon l'engagement pris dans l'acte juridique régissant le régime frais de santé (entrée dans la catégorie de personnel garanti ou, atteinte de l'ancienneté requise pour bénéficier du régime, ou arrivée au terme d'éventuelles dispenses d'adhésion, ...).

Les garanties prennent effet pour chaque ayant droit à la date inscrite sur le certificat d'adhésion mis à jour suite à la réception par la Mutuelle de la demande d'affiliation dûment complétée et justifiée.

5.2. Changement d'option de garanties

(sous condition de souscription de ces options facultatives par le Souscripteur)

L'ensemble des membres participants et leurs éventuels ayants droit bénéficient de la garantie obligatoire Frais de Santé de base.

Dès son adhésion, et si le Souscripteur a ouvert ce choix, un membre participant peut opter pour une option de garanties supplémentaires incluant la garantie de base. Ce choix vaut pour lui-même et ses éventuels ayants droit.

Sauf demande écrite de changement d'option ou de radiation de l'option de garanties supplémentaires, dans les conditions décrites ci-après, l'option de garantie est reconduite chaque année par tacite reconduction.

Le membre participant peut demander à changer d'option ou à radier l'option de garanties facultatives dans les conditions suivantes :

- après un an d'adhésion sur les mêmes garanties, pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de l'année suivante, sous réserve que sa demande soit reçue par la Mutuelle avant le 31 octobre de l'année en cours ;
- dans le délai d'un mois suivant la transmission de la notice informant le membre participant d'une modification de ses droits et obligations afférents à l'option de garanties santé dont il bénéficiait ;
- dans les trois mois suivant un changement de sa situation de famille (affiliation ou radiation d'ayants droit), pour une prise d'effet au premier jour du mois suivant la réception par la Mutuelle de sa demande complétée de toutes les pièces justificatives.

Le membre participant et ses ayants droits doivent en tout état de cause bénéficier de la même option de garanties.

5.3. Cessation des garanties

En cas de sortie d'un membre participant de la catégorie de personnel garanti, ses garanties prennent fin à la date de radiation demandée par le Souscripteur.

Les garanties de ses éventuels ayants droit cessent concomitamment.

Les garanties dont bénéficient les ayants droit cessent également au jour où le Souscripteur transmet la demande de radiation de leur affiliation, notamment lorsqu'ils ne peuvent plus justifier de cette qualité.

En dehors des cas cités précédemment, le membre participant peut demander la résiliation de l'affiliation à titre facultatif de ses ayants droit au 31 décembre de chaque année, à condition d'en informer la Mutuelle par lettre recommandée au moins deux mois avant la fin de l'année civile en cours.

Conformément aux dispositions de l'article 3-3, peuvent être ayants droit les enfants jusqu'à leur vingt-huitième anniversaire sous certaines conditions ; de fait, la résiliation de leur affiliation interviendra au plus tard au 31 décembre de l'année de leur 28^{ème} anniversaire.

Dès la radiation, les cartes de tiers payant doivent être renvoyées à la Mutuelle.

Les garanties cessent également en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 7 du présent contrat.

5.4. Fausse déclaration

Les dispositions des articles L 221-14 et L 221-15 du Code de la Mutualité s'appliquent au présent contrat. Ainsi, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle.

5.5. Maintien des Garanties

Au profit des anciens salariés si l'adhésion collective est souscrite par l'employeur suite à convention ou accord collectif, accord ratifié par référendum ou décision unilatérale de l'employeur

5.5.1. Dans le cadre de la Portabilité des droits

Ce dispositif de portabilité est déterminé par l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, issu de l'article 1 de la Loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

Toute modification

5.5.1.1. Conditions de maintien des garanties

Le salarié bénéficie du maintien à titre gratuit de sa couverture frais de santé 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 le dernier employeur (le salarié n'ayant pas bénéficié de la couverture santé, soit au titre d'une dispense d'affiliation, soit parce qu'il n'avait pas atteint l'éventuelle ancienneté requise dans l'entreprise pour bénéficier des garanties, n'a pas droit à la portabilité) ;
- les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- l'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des présentes conditions prévues par l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale ;
- l'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail du salarié.

Le maintien est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail, selon les modalités prévues par l'acte de droit du travail régissant les garanties en entreprise (accord collectif, accord ratifié par référendum, ou décision unilatérale de l'employeur).

5.5.1.2. Garanties santé maintenues

Conformément à l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale : « les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ».

Aussi, toute modification apportée aux garanties collectives des salariés actifs sera également appliquée à la couverture santé maintenue à l'ancien salarié, et à ses éventuels ayants droit, dans le cadre de la portabilité.

La résiliation du contrat collectif par le Souscripteur ou le changement d'organisme assureur lui sera également opposable.

L'information de l'ancien salarié bénéficiant du maintien des garanties sur ses droits et leur évolution est de la responsabilité du Souscripteur.

5.5.1.3. Modalités pratiques

Le dispositif de maintien de la couverture prend effet le lendemain de la date de cessation du contrat de travail, sous réserve, d'une part que la Mutuelle en ait été informée par l'employeur par la transmission du bulletin de portabilité prévu à cet effet et, d'autre part, que l'ancien salarié lui adresse, dès ouverture de ses droits à prise en charge par le régime d'assurance chômage, les justificatifs correspondants.

Obligations de l'employeur

L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail du salarié par l'envoi du bulletin de portabilité.

Obligations du salarié

L'ancien salarié s'engage à adresser à la Mutuelle, dès sa réception, une copie de la notification d'ouverture de droit émise par Pôle Emploi. L'ancien salarié devra fournir à la Mutuelle tous les trimestres les justificatifs de ces droits à prise en charge par Pôle emploi et l'informer de tout événement de nature à mettre fin à ses droits à la portabilité, notamment en cas de fin d'indemnisation par l'assurance chômage. Si l'ancien salarié ne remplit pas son obligation de transmission de ces informations et justificatifs, la Mutuelle pourra lui signifier par lettre recommandée la résiliation définitive de son adhésion. Elle pourra en outre exiger le remboursement de prestations versées sur des périodes pendant lesquelles l'ancien salarié n'a pas justifié de ses droits à portabilité.

5.5.1.4. Financement

Le financement de la portabilité est assuré par un système de mutualisation intégré dans le calcul de la cotisation afférente aux garanties en vigueur dans l'entreprise.

L'ancien salarié, et éventuellement ses ayants droit couverts par les garanties collectives santé lors de la rupture du contrat de travail, n'ont pas de cotisation à acquitter après la cessation du contrat de travail et jusqu'à la fin des droits à portabilité.

5.5.1.5. Cas de cessation de la portabilité santé

La portabilité des garanties santé cesse dans les cas suivants :

- fin de l'indemnisation chômage ;
- non transmission par l'ancien salarié des justificatifs du régime d'assurance chômage ;
- résiliation par le souscripteur de l'adhésion collective frais de santé en vigueur dans l'entreprise ;
- décès de l'ancien salarié ;
- arrivée au terme de la durée de portabilité des droits et au plus tard douze mois après la cessation du contrat de travail.

5.5.2. Dans le cadre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Evin »

Les membres participants peuvent bénéficier des dispositions de l'article 4 de la Loi Evin, selon lesquelles le maintien des garanties est possible, dans le cadre d'une adhésion facultative au présent contrat, pour :

- les anciens salariés 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, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande dans les six mois qui suivent la rupture de son 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 ayants droit garantis 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.

La garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

a) Adhésions antérieures au 1er juillet 2017

Les tarifs applicables aux personnes précédemment visées ne peuvent être supérieurs de plus de cinquante pour cent aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

b) Adhésions à partir du 1er juillet 2017

Conformément au Décret n° 2017-372 du 21 mars 2017, un plafonnement progressif des tarifs est mis en place sur trois ans, à compter de la date d'effet du contrat ou de l'adhésion, selon les modalités suivantes :

- la première année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs,
- la deuxième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs et,
- la troisième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

5.6. Suspension des garanties mises en place à titre obligatoire par l'employeur

Conformément à la réglementation en vigueur et aux dispositions prévues dans l'acte juridique qui régit le régime santé au sein de l'entreprise, les garanties peuvent éventuellement être maintenues, dans les mêmes conditions que pour les actifs, au profit de salariés dont le contrat de travail est suspendu.

Le maintien des garanties, ou la demande de suspension à la Mutuelle, est de la responsabilité du Souscripteur, dans la mesure où des conditions différentes peuvent être convenues entre le Souscripteur et ses salariés dans l'acte juridique régissant le régime, selon que la période de suspension soit indemnisée ou non et selon le motif, médical ou autre, de cette absence.

Lorsque le Souscripteur maintient le bénéfice des garanties au profit de ces personnels, les cotisations doivent continuer à être versées à la Mutuelle dans les mêmes conditions que celles du personnel actif.

Lorsque le Souscripteur cesse de maintenir les garanties au profit de membres de son personnel dont le contrat de travail est suspendu, il doit demander leur suspension du contrat des actifs à la Mutuelle. Cette suspension de garanties produit les mêmes effets que la cessation. Les garanties s'interrompent à la date indiquée par le Souscripteur, ainsi que les appels de cotisations, tant pour la partie garantie obligatoire que pour les opérations facultatives afférentes aux éventuelles options de garanties supplémentaires ou aux garanties des ayants droit.

Une solution d'adhésion individuelle peut être proposée par la Mutuelle aux personnes concernées.

Le Souscripteur doit demander à la Mutuelle leur réintégration dans le contrat dès leur reprise d'activité.

5.7. Descriptif des garanties

Le descriptif de la garantie de Frais de Santé est détaillé dans l'annexe jointe aux Conditions Particulières du présent contrat.

La Mutuelle rembourse les frais donnant lieu à prestation de la part du régime d'assurance maladie obligatoire français et éventuellement, sur prescription médicale, des frais complémentaires expressément détaillés dans les tableaux de garanties.

Les remboursements de frais de santé sont effectués par la Mutuelle sur la base du tarif de convention et sont exprimés part Sécurité sociale incluse.

La Mutuelle rembourse les soins effectués par des praticiens non conventionnés, sur la base du remboursement (Tarif d'autorité) transmis par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant, ou de l'ayant droit, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties sont conformes au dispositif législatif relatif aux « contrats responsables », détaillé notamment dans l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses différents textes d'application. Elles seront adaptées en cas d'évolution de ces textes.

Ainsi notamment,

o sont expressément exclues des prestations :

- la participation forfaitaire à la charge de l'assuré pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale, sauf ceux réalisés au cours d'une hospitalisation (conformément à l'article L 160-13 II du Code de la Sécurité sociale) ;
- la franchise forfaitaire, plafonnée annuellement, sur les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires (conformément à l'art. L 160-13 III du Code de la Sécurité sociale).
- la majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins coordonné (conformément aux articles L162-5-3 et L162-5 18° du Code de la Sécurité sociale) ;
- la majoration de la participation de l'assuré lorsque le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accès à son dossier médical personnel.

• Les remboursements respectent les obligations :

- o de prise en charge de la participation de l'assuré prévue au I de l'article L 160-13 du code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire la prise en charge du ticket modérateur pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, notamment les consultations, les médicaments, les frais d'analyses ou de laboratoires, les prestations liées à la prévention ;
- o de prise en charge sans limitation de durée du forfait journalier en établissement hospitalier ;
- o de double limitation des remboursements des dépassements tarifaires sur les actes et consultations des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ;
- o de prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :
 - à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge

renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;

- dans le respect de prise en charge minimale et maximale, en cas de remboursement des frais exposés, en sus la participation de l'assuré prévue au I de l'article L 160-13 du code de la Sécurité sociale, pour l'acquisition d'équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à une classe prévue à l'article L. 165-1 autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée, ainsi que dans le respect des conditions prévues à l'article D911-1 du code de la Sécurité sociale ;

La prise en charge est limitée à l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

- o de prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ;
- o à compter du 1^{er} janvier 2021, de la prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes :
 - à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ;
 - au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1^o pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

La prise en charge est limitée aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

- La Mutuelle communique annuellement le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties selon les modalités précisées par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale.

5.8. Révision des garanties

Des modifications du cadre législatif ou réglementaire et la parution de nouveaux textes d'application pourront impliquer l'adaptation du présent contrat pour mise en conformité avec les nouvelles règles. Le contrat sera notamment adapté en cas d'évolution du dispositif sur les « contrats responsables ».

En cas de désaccord sur ces adaptations, les Parties pourront résilier le contrat par envoi de lettre recommandée, dans le mois qui suit la notification de cette révision.

Les Parties au contrat peuvent également souhaiter faire évoluer les garanties. Ces modifications font l'objet d'un avenant signé par le Souscripteur et la Mutuelle.

L'information de chaque membre participant sur les modifications impactant sa couverture est de la responsabilité du Souscripteur.

Article 6. Prestations

6.1. Conditions de paiement des prestations

Le règlement des prestations s'effectue soit par système de Télétransmission, soit sur demande adressée à la Mutuelle, accompagnée des pièces nécessaires au traitement du dossier : décomptes originaux de la Sécurité sociale et d'autres organismes complémentaires, notes d'honoraires détaillées des praticiens, prescriptions des professionnels de santé et factures originales acquittées ainsi que tout document supplémentaire demandé par la Mutuelle pour le traitement du dossier.

Le traitement des prestations s'effectue à réception du dossier complet des pièces justificatives demandées par la Mutuelle.

Dans le cas où ces documents sont transmis par voie dématérialisée, les originaux doivent être conservés par le membre participant ou ses ayants droits afin de pouvoir les présenter en cas de contrôle ; ceci pour la durée de prescription, soit 2 ans à compter de la date des soins.

Seules les dépenses engagées pendant la période de validité de l'adhésion individuelle (c'est-à-dire entre sa date d'effet et sa date de résiliation quelle qu'en soit la cause) sont remboursées par la Mutuelle, la date des soins faisant foi.

Les soins prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ainsi que les hospitalisations antérieures, programmées ou en cours à cette date ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

Pour être recevable, toute demande de paiement des prestations doit parvenir à la Mutuelle, avant la date de prescription, soit dans un délai de deux ans à compter de la date des soins.

6.2. Tiers Payant

Selon la garantie souscrite, le membre participant bénéficie du tiers payant, système lui permettant de ne pas faire l'avance des frais. Ce service ne pourra être effectué qu'en fonction des accords passés avec les professionnels de santé et la Mutuelle PréviFrance, sur présentation de la carte Mutuelle, en cours de validité.

En ce qui concerne les hospitalisations, le tiers payant ne pourra être effectué que sur demande de prise en charge.

6.3. Contrôle

Si, après avoir payé un professionnel de santé, il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts, ou que le remboursement dépasse la limite des garanties souscrites, ce bénéficiaire est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte dans les conditions de l'article 6.4.

Dans tous les cas, la Mutuelle peut demander tout renseignement complémentaire, toute pièce justificative, ou faire procéder à tout contrôle permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

En cas d'opposition à ce contrôle, la Mutuelle peut refuser la prise en charge ou le remboursement des frais.

6.4. Indus :

Le membre participant est redevable des sommes qu'il aurait perçues à tort, notamment des remboursements de frais engagés hors période de garantie, qu'ils aient été directement perçus par le bénéficiaire ou payés pour son compte à des professionnels de santé dans le cadre du Tiers payant.

En cas de versement de prestations se révélant indu, la Mutuelle se réserve le droit de :

- compenser le versement indu avec un versement de prestation postérieur, ou
- solliciter le remboursement de la prestation indument versée.

Article 7. Cotisations

7.1. Détermination des cotisations

Les taux et assiettes ou montants de cotisations sont indiqués aux Conditions Particulières.

Ces montants sont déterminés dans le respect des principes mutualistes.

Ils sont notamment établis en fonction des garanties choisies et des données démographiques sur le personnel à garantir déclarées par le Souscripteur.

La Mutuelle pourra adapter le niveau de tarification en fonction de l'évolution des données initialement déclarées.

7.2. Révision des cotisations

Chaque année, les cotisations ou garanties sont analysées et éventuellement ajustées en raison notamment des modifications des bases ou des taux de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire, de l'évolution des dépenses de santé, des résultats techniques du contrat, du renforcement des exigences prudentielles demandées aux organismes assureurs, de l'application de nouvelles taxes et de toute évolution législative ou réglementaire impactant le contrat.

La Mutuelle informe le Souscripteur qui a la charge de tout mettre en œuvre pour rendre ces modifications opposables aux personnels concernés.

En cas de désaccord, le Souscripteur a un mois suite à notification de cette modification pour demander la résiliation du contrat, par lettre recommandée à la Mutuelle, sinon les cotisations seront appelées sur ces nouvelles bases.

7.3. Paiement des cotisations

Les cotisations, y compris les taxes éventuelles, sont payables selon la périodicité et les modalités précisées aux Conditions Particulières.

Dans le cadre des opérations obligatoires, le Souscripteur précompte les cotisations. Il est donc responsable du paiement auprès de la Mutuelle des cotisations afférentes à la garantie Frais de Santé de base obligatoire, tant pour la part patronale que salariale, charge à lui de répartir ces cotisations auprès des membres de son personnel conformément aux dispositions prévues dans l'acte juridique qui régit le régime au sein de l'entreprise et dans le respect de la réglementation sociale et fiscale en vigueur.

Pour les opérations facultatives, telles celles liées au choix d'options de garanties supplémentaires ou à l'affiliation d'ayants droit à titre facultatif, soit le Souscripteur réalise le précompte de l'ensemble des cotisations (charge à lui de répartir ces cotisations auprès des membres de son personnel conformément aux dispositions prévues dans l'acte juridique régissant le régime frais de santé au sein de l'entreprise et dans le respect de la réglementation sociale et fiscale en vigueur), soit elles sont appelées directement par la Mutuelle auprès de chaque membre participant concerné.

Le choix de ces modalités de paiement doit être indiqué par le Souscripteur à la Mutuelle.

7.4. Non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L221-8 du Code de la Mutualité :

I. - Lorsque, dans le cadre des opérations collectives, le Souscripteur assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du Souscripteur.

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 collectif.

La Mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent I.

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

II. - Lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, le Souscripteur n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe. En l'espèce, il pourra être exclu, ainsi que ses ayants droit, des éventuelles options de garanties supplémentaires facultatives et non de la garantie Frais de santé de base obligatoire. L'exclusion peut aussi viser les ayants droit à titre facultatif en cas de non-paiement par le membre participant de la quote-part afférente à leur couverture.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

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

La procédure prévue au I est applicable au Souscripteur qui s'est engagé à participer également au financement des opérations facultatives et ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, la Mutuelle informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée au deuxième alinéa du I et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la Mutuelle ne couvre plus ce risque.

Article 8. Informations complémentaires

8.1. Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit, jusqu'à concurrence des prestations versées par elle, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

A cet effet, le membre participant et ses ayants droit devront informer la Mutuelle de toute demande de remboursement faisant suite à un accident mettant en cause un tiers afin de lui permettre d'exercer son recours contre le tiers responsable ou son assureur.

8.2. Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion à la Mutuelle est prescrite dans un délai de DEUX ANS à compter de l'événement qui y donne naissance conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la Mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive 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.

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

Les demandes de remboursement notamment doivent être présentées dans les plus brefs délais à la Mutuelle ; elles ne seront plus prises en compte passé ce délai de prescription.

8.3. Territorialité

Seuls les frais faisant l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire française pourront être pris en charge par la Mutuelle.

En cas de frais de santé imprévus engagés à l'étranger, la Mutuelle intervient à hauteur de 100% de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sous réserve de recevoir les décomptes originaux de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Le paiement des prestations est toujours effectué sur un compte bancaire français et dans la monnaie légale de l'Etat français ; le taux de conversion monétaire utilisé est identique à celui utilisé par le régime d'Assurance Maladie.

Toutefois, la Mutuelle pourra rembourser selon les taux indiqués dans les tableaux de garantie sous réserve de recevoir :

- l'original ou la copie :
- des factures acquittées et des prescriptions médicales (traduites en français) ;
- du formulaire S3125 intitulé "Soins reçus à l'étranger"
- l'original :
- du décompte de l'Assurance Maladie obligatoire ;
- ainsi que, le cas échéant, du décompte du premier organisme complémentaire.

Dans tous les cas, la Mutuelle rembourse sur la base des taux et des remboursements français dans la limite des frais engagés ; si des prestations annexes à ces soins ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie, elles seront remboursées par la mutuelle de la même manière qu'en France, si le tableau de garantie les prévoit.

8.4. Réclamation – Médiation

8.4.1. Réclamation

Toute réclamation est à adresser à Mutuelle PréviFrance « Réclamation Santé Adhérents » 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE CEDEX 6.

8.4.2. Médiation

Si le différent persiste, le membre participant ou ses ayants droit pourront, saisir gratuitement le Médiateur de la Mutuelle, MEDICYS, après épuisement de toutes les procédures internes de traitement des réclamations mises en place par la Mutuelle et si aucune action contentieuse n'a déjà été engagée pour le même litige.

Le Médiateur est saisi, soit par courrier avec accusé de réception, accompagné de l'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier, envoyé à : MEDICYS 73 boulevard de Clichy 75009 Paris, soit directement sur le site internet de MEDICYS www.medicys-conso.fr.

8.5. Autorité de contrôle

L'instance de contrôle des Mutuelles est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située au 4, Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 9.

8.6. Action sociale

L'adhésion au contrat ouvre accès pour le membre participant et ses ayants droit affiliés à l'Action sociale de la Mutuelle.

8.7. Informatique et libertés

Conformément à la réglementation sur la protection des données, les informations communiquées sont destinées à la Mutuelle PréviFrance en sa qualité de responsable de traitement. Elles sont collectées pour la passation, la gestion et l'exécution de vos adhésions ainsi qu'à des fins de contrôle interne, de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, de lutte contre la fraude à l'assurance, et sauf opposition à des fins de prospection commerciale. Aucune des données à caractère personnel n'est transmise à des tiers autres que les entités PréviFrance et ses éventuels délégataires de gestion.

Pour plus d'informations, les membres participants peuvent consulter la Charte de protection des données mise à disposition par la Mutuelle.

Les membres participants et leurs ayants droit disposent à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles les concernant. Pour exercer ce droit, la demande doit être adressée, accompagnée d'un justificatif d'identité en cours de validité à : Mutuelle PREVIFRANCE - Protection des données- 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE cedex 6, ou par e-mail à : protection.donnees@previfrance.fr

Le membre participant ayant communiqué ses coordonnées téléphoniques à la Mutuelle est informé, en application de l'article L.121-34 du Code de la Consommation, qu'il a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dite « Bloctel » : accessible par le lien www.bloctel.gouv.fr

ESPACE ADHERENT
(INTRANET)

Espace adhérent
www.previfrance.fr



www.previfrance.fr



Mutuelle
PréviFrance

Sommaire

1. ACCES A L'ESPACE ADHERENT	3
2. CREATION D'UN COMPTE.....	3
3. LES FONCTIONNALITES DE L'ESPACE ADHERENT.....	4
3.1. Effectuer des démarches en ligne	5
• Modifier son téléphone ou son email	5
• Modifier son nom de famille	5
• Prendre rendez-vous pour une étude personnalisée.....	5
• Changer d'adresse	5
• Modifier son rib	5
• Demander une nouvelle carte mutuelle	5
• Ajouter un bénéficiaire.....	5
3.2. Rechercher un remboursement	5
3.3. Accéder au détail du contrat.....	7
3.4. Contacter Prévifrance.....	8
3.5. Trouver une agence.....	8
3.6. Recevoir la notification de remboursements par email.....	8
3.7. Modifier son mot de passe ou son l'identifiant de connexion.....	9
3.7. Accéder aux bons plans et actualités de Prévifrance.....	10

Présentation

L'espace adhérent est un service en ligne gratuit et sécurisé disponible 7j7 et 24h/24h et accessible à tous les adhérents de la Mutuelle Prévifrance ayant un contrat santé.

L'espace adhérent www.previfrance.fr permet de :

- Consulter vos remboursements et les remboursements de vos ayants droit
- Consulter les remboursements faits aux professionnels de santé
- Visualiser le détail de vos contrats : vos garanties et les bénéficiaires de vos contrats
- Vous abonner à l'alerte email pour être averti lors d'un nouveau remboursement
- Nous informer de toute modification de votre situation personnelle (déménagement, changement de compte bancaire,...)
- Accéder aux bons plans et aux actualités de votre mutuelle

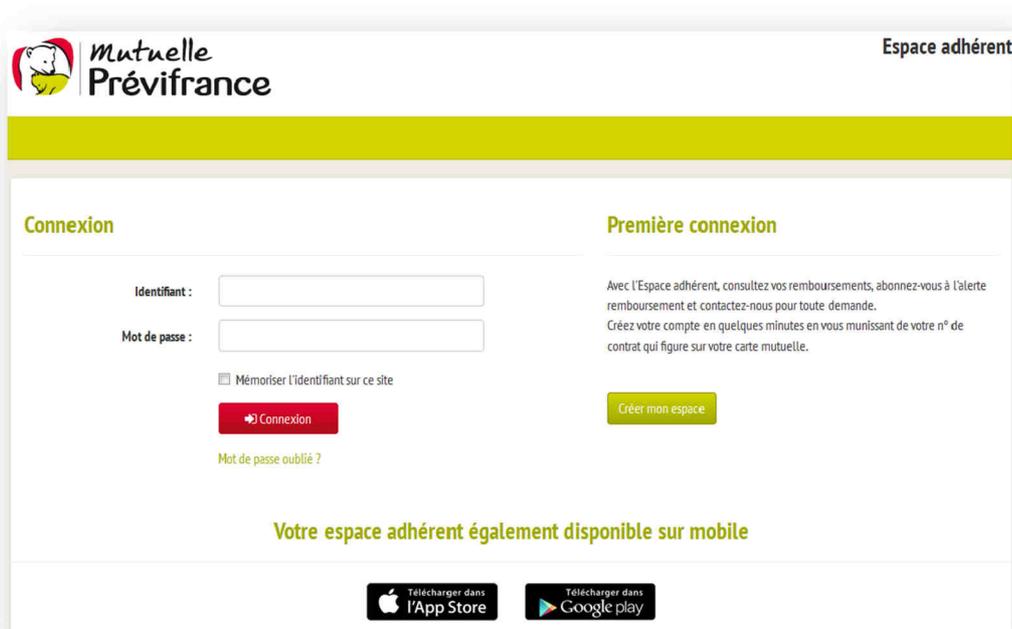
1. ACCES A L'ESPACE ADHERENT

- ➔ L'espace adhérent est accessible depuis le site www.previfrance.fr, rubrique « **Espaces personnels** »



2. CREATION D'UN COMPTE

- ➔ Pour créer votre compte, cliquez sur « **Créer mon espace** » :



- ➔ Renseignez les éléments suivants dans le formulaire :
- Une adresse email de votre choix
 - Un mot de passe (8 caractères minimum avec au moins 1 minuscule, 1 majuscule et 1 chiffre)
 - Le nom et prénom du signataire du contrat
 - Le numéro de contrat

Pour être averti lors d'un nouveau remboursement, pensez à cocher la case de souscription à l'alerte remboursement.

- ➔ Une fois le formulaire complété, vous devez valider votre inscription via un email que vous recevez automatiquement. Il vous suffira de cliquer sur un lien. Attention, ce lien est actif pendant 24h. Au-delà, il vous faudra renouveler l'inscription. Si vous n'avez pas reçu cet email, consultez vos courriers indésirables.

3. LES FONCTIONNALITES DE L'ESPACE ADHERENT

- ➔ Page d'accueil de l'espace adhérent :

The screenshot shows the user interface of the Mutuelle PréviFrance member space. At the top left is the logo, and at the top right are the links "Espace adhérent" and "Déconnexion". A navigation bar contains "Mes contrats", "Mes remboursements", "Mes démarches", "Bons plans & actus", and "Contact".

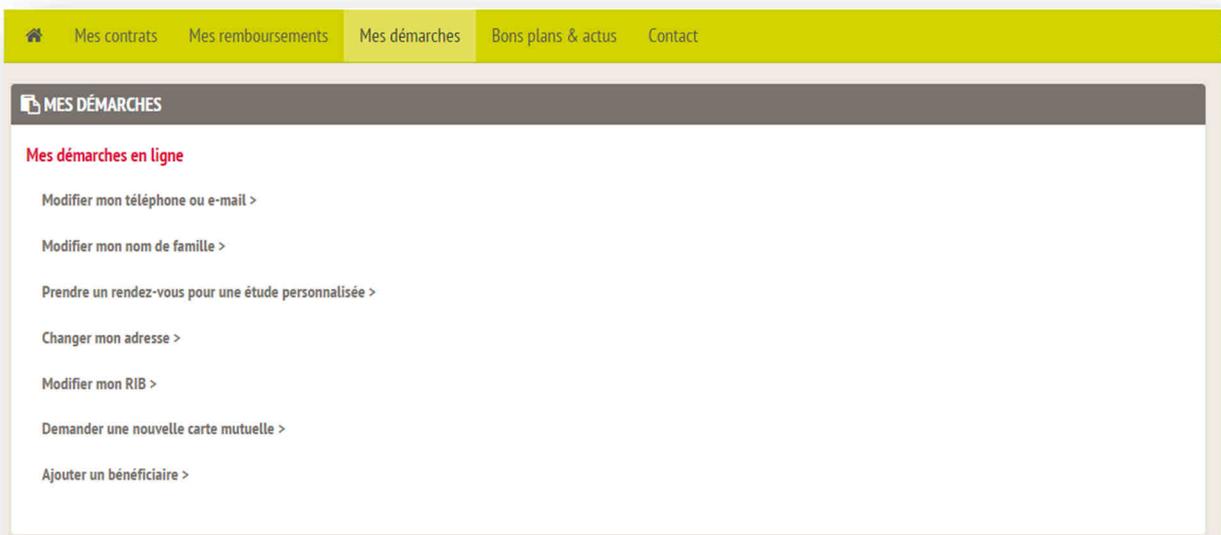
The main content area is divided into several sections:

- Mes informations:** Displays "Bienvenue Mme.", "Dernière connexion : :", and a "Mon Compte" button.
- Mes remboursements:** Shows " Vos remboursements sur les 120 derniers jours" with a table containing the date "16/11/2015", "N° contrat", and "8,40 €", along with a "Rechercher un remboursement" button.
- Mes abonnements:** Includes "Alertes email remboursements" with a right arrow.
- Mes démarches:** Lists "Changer mon adresse", "Modifier mon RIB", "Demander un nouvelle carte mutuelle", "Ajouter un bénéficiaire", and "Autres démarches", each with a right arrow.
- Mes contrats santé:** Shows the number "3339" with a right arrow.
- Contact:** Includes "Envoyer un message", "Trouver une agence", and the phone number "0 800 09 0800" (Service à appel gratuits) with operating hours "Du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30".

3.1. Effectuer des démarches en ligne

- ➔ Lorsque vous effectuez une démarche en ligne, celle-ci est transmise automatiquement au service concerné pour traitement.

- ➔ Voici la liste des démarches pouvant être effectuées depuis votre espace :
 - ➔ Modifier son téléphone ou son email
 - ➔ Modifier son nom de famille
 - ➔ Prendre rendez-vous pour une étude personnalisée
 - ➔ Changer d'adresse
 - ➔ Modifier son rib
 - ➔ Demander une nouvelle carte mutuelle
 - ➔ Ajouter un bénéficiaire



3.2. Rechercher un remboursement

- ➔ Page « Mes remboursements » :

The screenshot shows a navigation bar with the following items: Mes contrats, Mes remboursements (highlighted), Mes démarches, Bons plans & actus, and Contact. Below the navigation bar is a header for 'MES REMBOURSEMENTS'. Underneath, there is a section titled 'Rechercher un remboursement'. It contains two dropdown menus: 'Période de paiement * : Les 30 derniers jours' and 'Remboursements concernant : Tous les bénéficiaires'. Below these is a red button with a magnifying glass icon and the text 'Rechercher'. A small note at the bottom left says '* Saisie obligatoire'.

- ➔ Cette page vous permet de consulter vos remboursements et ainsi que les remboursements faits aux professionnels de santé.
- ➔ Vous pouvez rechercher un remboursement par période de paiement et par bénéficiaire.
- ➔ Le détail des remboursements est visible en cliquant sur 
- ➔ La liste des remboursements est téléchargeable en cliquant sur le bouton

 Télécharger ces remboursements

MES REMBOURSEMENTS

Rechercher un remboursement

Période de paiement * :

Remboursements concernant :

* Saisie obligatoire

[Rechercher](#)

Mes Remboursements

16/02/2016	Virement sur le compte de Mme 	25,98 €	>
25/02/2016	Virement sur le compte de Mme 	6,90 €	>
26/02/2016	Virement sur le compte de Mme 	6,90 €	>
11/03/2016	Virement sur le compte de Mme 	98,12 €	>

[Télécharger ces remboursements](#)

Remboursements aux professionnels de santé (tiers payant)

24/02/2016	Paiement à PHARMACIE 	1,69 €	>
24/02/2016	Paiement à PHARMACIE 	10,73 €	>
02/03/2016	Paiement à CENTRE DEN 	13,02 €	>

[Télécharger ces remboursements](#)

3.3. Accéder au détail du contrat

➔ Page « Mes contrats » :

Mes contrats | Mes remboursements | Mes démarches | Bons plans & actus | Contact

Contrat n° 403

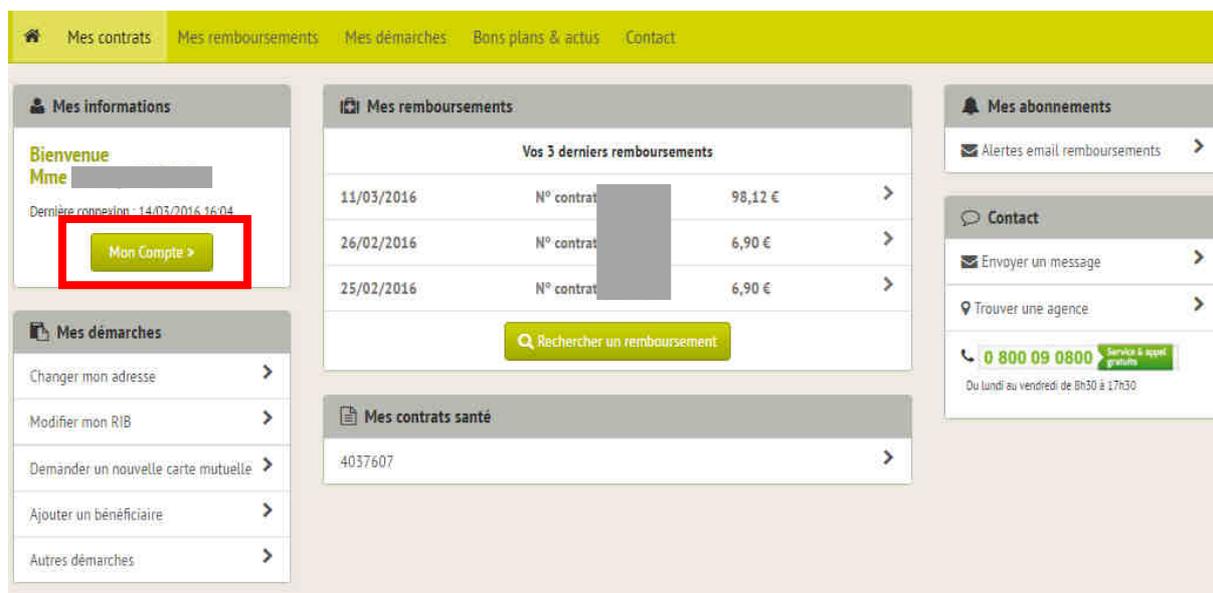
France

Bénéficiaires	Garanties	Date de début	Date de fin	Détail
Assuré principal Né(e) le 14/12/1975	ANI1	01/01/2016	-	
	MULTI-1	01/01/2016	-	
Enfant Né(e) le 08/05/2006	ANI1	01/01/2016	-	
	MULTI-1	01/01/2016	-	

➔ Le détail des garanties est disponible en téléchargement au format PDF en cliquant sur 

3.7. Modifier son mot de passe ou son l'identifiant de connexion

Pour modifier votre mot de passe ou votre identifiant de connexion, cliquez sur le bouton « Mon compte »



The screenshot shows a user account dashboard with a yellow navigation bar at the top containing 'Mes contrats', 'Mes remboursements', 'Mes démarches', 'Bons plans & actus', and 'Contact'. The main content is divided into three columns:

- Mes informations:** Displays 'Bienvenue Mme [redacted]' and 'Dernière connexion : 14/03/2016 16:04'. A green button labeled 'Mon Compte >' is highlighted with a red rectangle.
- Mes remboursements:** Shows 'Vos 3 derniers remboursements' in a table:

Date	N° contrat	Montant	Action
11/03/2016	[redacted]	98,12 €	>
26/02/2016	[redacted]	6,90 €	>
25/02/2016	[redacted]	6,90 €	>

A green button 'Rechercher un remboursement' is located below the table.
- Mes abonnements:** Includes 'Alertes email remboursements >'. Below it is a 'Contact' section with 'Envoyer un message >', 'Trouver une agence >', and a phone number '0 800 09 0800' with 'Service à l'arrêt gratuit' and 'Du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30'.

At the bottom, 'Mes contrats santé' shows a contract number '4037607' with a right arrow.

Dans les sections « Paramètres de mon compte » cliquez sur les boutons « modifier ».



The screenshot shows the 'Paramètres de mon compte' section. It contains two rows of settings:

- Identifiant:** A text input field followed by a green 'Modifier >' button.
- Mot de passe:** A text input field followed by a green 'Modifier >' button.

3.7. Accéder aux bons plans et actualités de Prévifrance

Notre rubrique bons plans et actualités vous permet de rester informé de toute notre actualité et des offres promotionnelles en cours.

Mes contrats Mes remboursements Mes démarches **Bons plans & actus** Contact

BONS PLANS & ACTUS

1 mois offert sur l'assurance automobile !
Le 1 mars 2016
Saviez-vous que Prévifrance propose une offre d'assurance auto réservée aux adhérents de la mutuelle à des tarifs préférentiels ? Demandez votre devis sans engagement et profitez de notre offre du moment : 1 mois offert sur l'assurance automobile. [Lire la suite.](#)

Recevez 40 € en chèque cadeau pour tout parrainage
Le 7 janvier 2016
Notre meilleur conseiller c'est vous ! Pour tout parrainage, 1 chèque cadeau de 40 € offert [Lire la suite.](#)

Vos lunettes moins chères dans les espaces OPTIC par Prévifrance
Le 7 janvier 2016
En ce moment, -50% sur le 2ème équipement de qualité dans les espaces OPTIC par Prévifrance [Lire la suite.](#)

CONSEIL ACCOMPAGNEMENT SANTE

Service Conseil
ACCOMPAGNEMENT
SANTÉ

Un soutien
de proximité



Pour plus de
solidarité
à chaque instant
de votre vie !



Le confort d'un accompagnement au quotidien



Le service **Conseil Accompagnement Santé** est à votre disposition pour vous fournir une information, un conseil, une orientation et éventuellement une prise en charge dans les situations suivantes :

🌀 Maladie, Hospitalisation, Perte d'autonomie

- **Aide au retour à domicile** après hospitalisation
- **Aide à la recherche de place en maison de retraite** ou de **convalescence**
- **Accompagnement** dans la recherche de dispositifs existants **pour faciliter le quotidien**
- **Aide à la constitution de dossiers** liés à la perte d'autonomie...
- **Mise en place d'une télé-assistance** validée par nos soins (conditions sur demande)
- **Attribution** éventuelle d'heures d'**aide ménagère** selon évaluation
- **Participation financière à des soins non pris en charge** (sur conditions de ressources)

🔄 Grossesse, naissance

- Information sur les **droits** et **démarches à effectuer**
- Aide aux **formalités administratives**
- Information et **mise en relation avec diverses associations** : aide à domicile, aide ménagère, garde d'enfants,...

🔄 Handicap

- **Accompagnement sur les dispositifs existants** (AAEH, ...)
- **Orientation vers les structures et organismes adaptés** (MDPH, ANAH)
- Eventuelle **participation pour l'achat de matériel adapté** (conditions de ressources)

🔄 Décès

- **Conseil sur les démarches, aide administrative...**
- Éventuel **accompagnement par un bénévole** ou un **conseiller social** (en fonction de la région)



Toujours plus proche
de vous



➤ Un service au plus près de votre vie

Parce que certains événements de la vie nécessitent parfois une aide, un accompagnement, une orientation ou un conseil, la **Mutuelle PréviFrance** a créé le service **Conseil Accompagnement Santé**.

La mutuelle a choisi de ne pas externaliser le service d'accompagnement afin de vous apporter **en direct, en proximité et en rapidité** toute l'aide indispensable face à l'arrivée d'un événement difficile.

➤ Des conseillers sociaux à votre disposition

Constitué d'**assistantes sociales diplômées d'Etat** et de conseillers sociaux, ce service vous permet de bénéficier d'une aide **personnalisée** en cas de maladie, d'handicap, de situation de dépendance...

De la simple information sur les dispositifs existants à l'accompagnement dans les démarches administratives, en passant par le conseil et l'orientation vers des organismes adaptés, les conseillers du service **Conseil Accompagnement Santé** peuvent même de manière exceptionnelle et sur accord de la commission d'action sociale vous **allouer une aide financière**.

Ce service gratuit accompagne les **adhérents de la Mutuelle PréviFrance** et les aide à mieux faire face à une situation délicate.

Un réseau de bénévoles

Soucieuse d'apporter un service de proximité à ses adhérents, la **Mutuelle PréviFrance** a développé sur certains départements un réseau de bénévoles prêts à intervenir ponctuellement (portage de médicaments, visites de courtoisie, aide aux courses...).

Pour toute demande d'information

Notre Service

Conseil Accompagnement Santé

est à votre disposition

 **N° Vert 0 800 09 0800**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30 sans interruption

Demandez à être mis en relation avec nos assistantes sociales.

www.previfrance.fr

Votre espace adhérent sécurisé est gratuit



**Mutuelle
PréviFrance**

Vous protéger, c'est naturel

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION

Réservé à PREVI-FRANCE N° contrat Collectif : _____ Groupe d'assurés : _____ CCN : MISSIONS LOCALES ET PAIO
Nom Cial : _____ N° Cial : _____ Base obligatoire : _____

Adhésion Ajout d'ayant(s) droit : contrat n° _____ Date d'effet : 01/01/2017

Adhésion du salarié à la garantie obligatoire Entreprise

* Complétez les informations ci-dessous ou votre n° de contrat si disponible

Partie à compléter par l'employeur

■ Entreprise

N° de contrat : _____ Groupe d'assurés : _____

OU

Raison sociale * : _____

N° SIRET * : _____

Groupe d'assurés * :

Ensemble du personnel Cadres Non cadres Autres

➔ Date d'adhésion du salarié : 01 / __ / ____

Cachet de l'entreprise

■ Salarié

Madame Monsieur Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____ Né(e) le : __ / __ / ____ N° sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Tél. : _____ Mobile : _____

Email : _____ @ _____

Télétransmission¹ NON ¹ Cochez Non si vous disposez d'un autre contrat complémentaire santé qui intervient avant celui-ci. Dans ce cas, vous devrez nous envoyer les décomptes de la Sécurité Sociale et de votre autre mutuelle pour être remboursé.

Liste des ayants droit rattachés à la garantie Entreprise

J'ai noté que mes ayants droit (conjoint et/ou enfant(s)) bénéficieront des mêmes garanties que moi-même.

■ Conjoint / concubin / pacsé Madame Monsieur Nom : _____

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Né(e) le : __ / __ / ____ N° sécurité sociale : _____ Télétransmission¹ NON

■ Vos enfants et personnes à charge (Enfants de moins de 18 ans ou de moins de 28 ans si étudiant, apprenti ou demandeur d'emploi non rémunéré.)

Nom	Prénom	Sexe	Né(e) le	N° de Sécurité Sociale ²	Situation ³	Télétransmission ¹
						<input type="checkbox"/> NON
						<input type="checkbox"/> NON
						<input type="checkbox"/> NON
						<input type="checkbox"/> NON

² si différent de celui de l'adhérent ³ M : moins de 18 ans ; A : apprenti ; E : étudiant ; D : demandeur d'emploi non rémunéré.

■ Si l'entreprise ne précompte pas les cotisations des ayants droit :

paiement par prélèvement bancaire mensuel (RIB obligatoire) le 5 le 10 le 15 du mois

Je reconnais avoir pris connaissance des garanties et cotisations dues. J'autorise PréviFrance à prélever sur mon compte le montant des cotisations résultant de mon adhésion au régime optionnel facultatif et/ou à l'extension des garanties à mes ayants droit si celle-ci est facultative.

Sauf demande expresse écrite, tous les relevés de prestations sont adressés à l'adhérent et les paiements sont effectués sur le compte bancaire désigné par le RIB.

Je reconnais avoir reçu, préalablement à l'adhésion, les statuts et notice d'information de la Mutuelle et en accepter les dispositions. Je certifie exacts les renseignements donnés et reconnais que toute réticence ou fausse déclaration entraînerait les sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

Fait à : _____ Le : __ / __ / ____

Signature du salarié

**ATTESTATION DE RECEPTION DES ELEMENTS
D'INFORMATION RELATIFS AU REGIME FRAIS DE SANTE
A REMETTRE A VOTRE EMPLOYEUR**

Je, soussigné(e) _____ (1)

salarié(e) de _____ (2)

certifie avoir reçu de mon employeur :

- la copie de la Décision Unilatérale
- la notice d'information PREVI SANTE ENTREPRISE relative au contrat collectif Frais de Santé à adhésion obligatoire souscrit auprès de la Mutuelle PREVIFRANCE,

Après avoir pris pleinement connaissance des éléments qui m'ont été remis, je déclare par la présente, ma décision :

- d'adhésion
- de refus d'adhésion

Au régime « Frais de santé » mis en place par Décision Unilatérale de l'Employeur.

Mon refus d'adhésion se fait après un délai de réflexion suffisant et en connaissance des incidences engendrées en termes d'insuffisance de couvertures médicales et sociales.

De plus je m'engage à remettre à l'employeur chaque année les justificatifs conditionnant ce refus; à défaut, mon adhésion sera obligatoire.

A _____ Le _____

Signature :

(1) Veuillez inscrire vos noms et prénoms.

(2) Indiquer la raison sociale de votre employeur.