



**LA FRATERNELLE DES  
TERRITORIAUX**

**9 rue Général Ferrié**

**BP 42542**

**38035 GRENOBLE CEDEX 2**

**INSEE 779 558 428**

**LEI 969500J6XFALI0GYVU44**

**REGLEMENT MUTUALISTE**

## PREAMBULE

Le présent règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre le membre participant ou honoraire et la mutuelle. Il est adopté par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration.

Toute personne qui souhaite être membre de la FRATERNELLE DES TERRITORIAUX fait acte d'adhésion dans le respect des conditions définies dans le présent règlement mutualiste. Chaque adhérent reçoit, par ailleurs, copie des statuts et du règlement mutualiste le concernant. Les modifications statutaires et réglementaires sont portées à sa connaissance. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions statutaires et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

## TITRE 1

### DISPOSITIONS CONCERNANT LES MEMBRES DE LA FRATERNELLE DES TERRITORIAUX ET DISPOSITIONS GENERALES

#### **ARTICLE 1. CATEGORIES DE MEMBRES DE LA FRATERNELLE DES TERRITORIAUX**

Les membres de la FRATERNELLE DES TERRITORIAUX peuvent être participants ou honoraires (cf. article 8 des statuts)

Les membres participants sont les adhérents qui s'acquittent du règlement des cotisations pour eux et les membres de leur famille constituant leurs ayants-droit.

#### **ARTICLE 2. CONDITIONS D'ADHESION MEMBRES PARTICIPANTS**

- Peuvent adhérer à la mutuelle :
  - les agents territoriaux en activité qui sont soumis au régime de sécurité sociale prévu par le décret n° 6058 du 11 janvier 1960 ;
  - Les agents permanents détachés ou mis à disposition par la collectivité territoriale ou l'établissement public dont ils relèvent ;
  - Les agents contractuels embauchés en contrats à durée déterminée
  - Les fonctionnaires de l'Etat exerçant leurs fonctions au service d'une collectivité territoriale
  - Les agents de la Fraternelle et du comité social du personnel de la ville de Grenoble, et des comités sociaux du personnel des collectivités
  - Les retraités territoriaux issus des personnels des collectivités, établissements ou organismes visés par le présent article
  - Les agents en congé postnatal accordé par l'employeur pour élever un enfant pendant toute la durée prévue par le statut du personnel territorial
  - Les agents en disponibilité pour convenances personnelles
  - Les ascendants, les conjoints, concubins et partenaires, et les descendants des personnels visés ci-dessus, justifiant d'un foyer fiscal distinct ou disposant d'un revenu professionnel distinct ;
  - Les conjoints divorcés et concubins séparés, pendant un an ou jusqu'à ce que le dernier enfant à charge ait atteint l'âge de 3 ans ;
  - Les salariés de droit privé exerçant des missions de service public pour le compte d'une personne morale de droit public ou assimilé.

Le bénéfice des prestations et services de la mutuelle est accordé aux membres de la famille des membres participants disposant de la qualité d'ayant droit dans les conditions des statuts et par dérogation du règlement mutualiste.

Sont considérés comme ayants-droit du membre participant :

- Les conjoints, concubins, pacsés, enfants appartenant au même foyer fiscal,
- Les ascendants et descendants à charge fiscalement,
- Les enfants étudiants ou salariés de moins de 28 ans vivant sous le toit de l'assuré ;

### **ARTICLE 3. DEMISSION**

a) La démission volontaire est signifiée par lettre recommandée au plus tard deux (2) mois avant la fin de l'année civile.

b) Par dérogation au a) elle peut également être notifiée dans les cas suivants respectant le cadre de l'article L.221-17 du Code de la Mutualité :

- Départ à l'étranger (sur présentation justificatif)
- Adhésion au régime de la couverture maladie universelle (sur présentation d'un justificatif)
- Adhésion à une mutuelle d'entreprise obligatoire (sur présentation d'un justificatif)

c) Le membre participant démissionnaire reçoit un certificat de radiation établi au 31 décembre de l'année en cours.

### **ARTICLE 4. RADIATION**

a) La radiation du membre participant peut intervenir dans le cadre des dispositions des articles 11 et 12 des statuts.

b) Peuvent également être radiés les membres participants qui auraient utilisé une prise en charge pour bénéficiaire du tiers-payant à une date où l'ouverture des droits n'est pas acquise.

c) Peuvent également être radiés les adhérents qui auraient encaissé un trop-perçu imputable à la mutuelle et qui ne s'acquitteraient pas du remboursement.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La mutuelle doit rembourser à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Ces prestations sont assurées en cas d'immobilisation ou de décès.

### **ARTICLE 5. OBLIGATIONS D'INFORMATIONS A LA CHARGE DES MEMBRES PARTICIPANTS**

Les membres participants sont tenus d'informer la mutuelle de toute modification intervenant dans la composition des membres de la famille, ayants-droit ou nouveaux ayants-droit des membres participants.

Les changements de catégorie découlant de l'évolution du nombre de personnes bénéficiant des garanties et avantages de la mutuelle sont effectifs le premier jour du mois où la nouvelle catégorie prend effet.

Les membres participants sont tenus d'informer les services de la mutuelle de leur changement d'adresse.

En cas d'accident avec un tiers, les membres doivent informer la mutuelle afin que celle-ci puisse exercer un recours auprès de l'assureur du tiers.

## **ARTICLE 6. RECLAMATIONS ET MEDIATION**

### Article 6.1 Réclamations

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletins d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

LA FRATERNELLE DES TERRITORIAUX  
Service réclamation  
9 rue Général Ferrié  
BP 42542  
38035 GRENOBLE CEDEX 2

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 10 jours, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande avec, le cas échéant une demande de pièces complémentaires.

Dans tous les cas, le délai sera de 2 mois maximum entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive.

### Article 6.2 Médiation

Si le désaccord persiste, à l'issu de la procédure de réclamation, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

LA FRATERNELLE DES TERRITORIAUX  
Monsieur le médiateur  
9 rue Général Ferrié  
BP 42542  
38035 GRENOBLE CEDEX 2

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de 90 jours suivant la réception de la réclamation.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur envoie sous quinze jours une demande à la partie concernée et en informe la deuxième partie. Le médiateur peut alors prolonger le délai des 90 jours mais il doit en avertir immédiatement les 2 parties.

## **TITRE 2 PRESTATIONS**

### **Article 7. PRESTATIONS OFFERTES AUX MEMBRES PARTICIPANTS**

Les prestations accordées par la mutuelle sont fonction du choix de la garantie effectué par le membre participant, pour lui-même et pour ses bénéficiaires. Dans tous les cas, le montant cumulé Sécurité Sociale et mutuelle ne peut être supérieur à la dépense réelle effectuée.

Elles s'imposent à tous les membres de la famille du membre participant inscrits à la mutuelle ce qui signifie qu'une garantie est systématiquement appliquée à l'ensemble de la famille.

Les membres participants adhérant à un contrat individuel peuvent bénéficier des garanties suivantes : Garantie Balade, Randonnée, Alpinisme, Ascension, OPT1, OPT2, OPT3, PLEN3 et Ingenio.

La mutuelle assure le versement des prestations en nature, complémentaires à celles servies au titre de la législation sur la Sécurité Sociale.

Le détail des prestations est indiqué en annexe jointe.

### **Article 8. DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX PRESTATIONS**

Le versement des prestations s'effectue par virement sur compte bancaire ou postal.

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Dans le cas où le cumul des prestations servies, tant en vertu des statuts que par une caisse de sécurité sociale ou par d'autres organismes publics ou privés, aboutirait à un remboursement supérieur au montant total des dépenses réelles, les prestations accordées par la mutuelle seraient réduites à due concurrence.

Les demandes de prestations présentées par les mutualistes ou les factures présentées par les établissements publics ou privés, accompagnés des justifications prévues à l'article 10 du présent règlement, doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de deux ans à compter de la date de l'acte se rapportant à la prestation.

### **Article 9. TIERS PAYANT**

Les prestations garanties par la FRATERNELLE DES TERRITORIAUX sont soumises aux dispositions légales applicables en matière de tiers payant.

### **Article 10. MODALITES D'OUVERTURE DE DROIT AUX PRESTATIONS**

Les prestations seront versées aux intéressés :

- Sur production de la feuille de soins papier ou informatisée
- du décompte des prestations en nature établi par l'organisme gestionnaire du régime obligatoire d'assurance maladie
- soit via image informatique
- Éventuellement de toute autre pièce justificative (note d'honoraires, factures, etc...)

Seuls les documents originaux sont acceptés, ils ne peuvent en aucun cas être restitués.

Ces pièces sont conservées par la mutuelle à l'exception des documents justificatifs d'indemnités journalières, qui peuvent être retournés à la demande expresse du membre participant.

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

### **Article 11. PRISE D'EFFET DES GARANTIES**

Seuls seront pris en charge les frais médicaux ou chirurgicaux effectués postérieurement à la date d'adhésion à la mutuelle du membre participant ou de l'ayant-droit concerné.

## **Article 12. ETENDUE TERRITORIALE DES PRESTATIONS**

Seuls seront pris en charge les frais médicaux ou chirurgicaux effectués postérieurement à la date d'adhésion à la mutuelle du membre participant ou de l'ayant-droit concerné et effectués sur le territoire de l'Union Européenne, dans les DROM-COM et en principauté de Monaco. Les frais médicaux générés dans tous autres pays sont soumis à entente préalable de la mutuelle, et à accord de l'organisme obligatoire.

## **Article 13. DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS**

Le versement des prestations s'effectue par virement sur compte bancaire ou postal sous quarante-huit (48) heures ouvrées dans la plupart des cas, suivant la réception de la demande de remboursement accompagnée de tous les justificatifs nécessaires.

## **Article 14. SUSPENSION ET REMISE EN VIGUEUR DES PRESTATIONS EN CAS DE NON PAIEMENT PAR LE MEMBRE**

### **Résiliation opérations individuelles :**

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La FRATERNELLE DES TERRITORIAUX a le droit de résilier la garantie dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours mentionné ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de trente jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation de la garantie.

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

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance,

### **Résiliation opérations collectives :**

Lorsque, dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour la mutuelle d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur et de poursuivre en justice l'exécution du contrat collectif, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou à la personne morale, 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 l'employeur ou la personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations.

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 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.

Lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, l'employeur ou la personne morale 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.

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 définies au bulletin d'adhésion ou 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 en cas d'application du précompte est applicable à l'employeur ou à la personne morale qui 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 le risque.

#### **Article 15. SUSPENSION ET REMISE EN VIGUEUR DES PRESTATIONS POUR TOUS AUTRES CAS**

Les ayants-droit des membres participants qui ont été mobilisés ou retenus en captivité, bénéficient de plein droit, dès leur retour, des avantages de la mutuelle, sous réserve qu'ils remplissent encore à ce moment les conditions statutaires et que le paiement de leurs cotisations soit repris.

Si les intéressés ne remplissent plus les conditions d'admission ou si le paiement de leurs cotisations n'est pas repris à l'expiration d'un délai de trois mois à compter de leur retour, la radiation est prononcée d'office par le conseil d'administration.

Les membres participants ou leurs ayants-droit appelés à exercer temporairement un emploi à l'étranger, sont suspendus à leur départ et automatiquement réintégré à leur retour.

Les mêmes règles s'appliquent aux membres incarcérés.

#### **Article 16. MODIFICATION DES PRESTATIONS PAR LA FRATERNELLE DES TERRITORIAUX**

Les barèmes de prestations ne peuvent être modifiés qu'en début d'année sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires.

Si en cours d'année les régimes obligatoires modifient de manière significative leur niveau de prise en charge, ou dans le cas du constat d'une augmentation de la consommation, le conseil d'administration est habilité à répercuter ces modifications sur ses barèmes de prestations.

Toute modification des garanties est constatée par la notification de celles-ci au membre participant ou honoraire.

En cas de modification des garanties résultant d'une mise en conformité aux dispositions légales ou réglementaires et notamment au cahier des charges du contrat responsable, ces modifications survenant en début ou en cours d'exercice sont applicables de plein droit dès leur notification par la mutuelle.

#### **Article 17. MODIFICATION DU CHOIX DES GARANTIES PAR LE MEMBRE PARTICIPANT**

Le changement de garantie ne peut avoir lieu qu'au premier jour de l'année civile. Le changement pour une garantie inférieure ne peut intervenir qu'après une adhésion d'une durée minimum de trois ans. La demande doit être faite par écrit au moins deux mois avant cette date.

### **ARTICLE 18. FORCLUSION**

Le délai de présentation à la mutuelle des décomptes ou autres pièces justificatives destinées à l'établissement des remboursements est de deux (2) ans à compter de la date de l'acte se rapportant à la prestation. Pour les forfaits, le délai est contenu dans l'année civile.

Cette règle peut être dérogée en cas de force majeure, laissé à l'appréciation de la commission sociale du conseil d'administration.

## **TITRE 3 COTISATIONS**

### **Article 19. DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX COTISATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS**

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle.

Le montant des cotisations varie en fonction de la composition familiale, du niveau de garantie choisi et de l'âge d'adhérent.

Cette cotisation est payable par avance par prélèvement sur le compte bancaire ou postal du membre participant, par chèque ou espèces ou encore par prélèvement sur salaire.

Tout frais occasionné à la FRATERNELLE DES TERRITORIAUX pour cause de défaut de paiement d'un membre participant ou d'une personne morale souscriptrice d'un contrat collectif, sera intégralement pris en charge par le membre participant ou la personne morale souscriptrice.

Cette cotisation est appelée selon le choix du membre participant, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement pour l'ensemble des membres.

Sauf dispositions particulières définies à l'article 28 du présent règlement mutualiste, aucune dispense de cotisation ne peut être accordée aux adhérents.

Les montants et taux de cotisations sont définis en annexe.

### **Article 20. FISCALITE ET MODIFICATIONS REGLEMENTAIRES**

Toute modification survenant dans la fiscalité ou l'application réglementaire des cotisations est reportée sans délai sur les cotisations de la mutuelle, sans obligation de formalisme spécifique autre qu'une information de l'adhérent.

De même, en cas de modification des cotisations résultant d'une mise en conformité aux dispositions légales ou réglementaires et notamment au cahier des charges du contrat responsable, ces modifications survenant en début ou en cours d'exercice sont applicables de plein droit dès leur notification par la mutuelle.

### **Article 21. CONDITIONS ET MODALITES DE MODIFICATION DES COTISATIONS**

Les prestations, les taux et les montants des cotisations prévus dans le présent règlement mutualiste sont adaptés de manière à assurer l'économie des systèmes prestations/cotisations. Ils peuvent donc être modifiés sur décision de l'assemblée générale sous réserve des dispositions des articles 29 et 41 des statuts.

Il est ici également précisé que les cotisations peuvent être modulées en fonction de la date d'adhésion des agents au dispositif de couverture.



## **Article 22. SUSPENSION DES COTISATIONS**

Le membre participant est dispensé pour lui et pour ses ayants-droit du paiement de ses cotisations pendant la durée de toute mobilisation ou de captivité.

Ses éventuels ayants-droit peuvent continuer de bénéficier de tous les avantages statutaires, moyennant le paiement d'une cotisation réduite du fait de son absence.

Le paiement de la cotisation n'est pas suspendu pour les membres de la mutuelle en détachement, en disponibilité, en position hors cadre, en congé parental ou congé spécial, pendant la durée de leur détachement, de leur disponibilité, de leur position hors cadre, de leur congé parental ou spécial.

## **TITRE 4 SERVICES SUPPLEMENTAIRES**

La FRATERNELLE DES TERRITORIAUX propose à ses adhérents des services supplémentaires, assurés par des partenaires.

### **Article 23. PREVOYANCE**

Dans le cas de perte de salaire totale ou partielle, par maladie ou accident du travail, la Fraternelle des Territoriaux dans le cadre de son mandat d'intermédiation avec la mutuelle générale de prévoyance, assure un maintien de salaire limité dans le temps comme précisé en annexe.

### **Article 24. ALLOCATION OBSEQUES**

En cas de décès d'un adhérent ou de l'un de ses bénéficiaires, la fraternelle des Territoriaux dans le cadre de son mandat de gestion avec la mutuelle générale de prévoyance, assure le versement d'une allocation obsèques.

## **TITRE 5 DISPOSITIONS DIVERSES**

### **Article 25. PRINCIPES MUTUALISTES**

La mutuelle ne peut instituer en faveur de certains membres participants, aucun avantage particulier qui ne serait justifié, notamment par les risques apportés, les cotisations fournies ou la situation de famille des intéressés.

### **Article 26. SUBROGATION**

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Pour l'application du présent article, tout accident survenant à un membre participant de la mutuelle ou à l'un de ses ayants droit, doit être signalé sans délai au siège social.

### **Article 27. COMMISSION SOCIALE**

En cas de situation particulièrement difficile d'un membre, découlant de difficultés pécuniaires liées à son état de maladie, il peut par exception, présenter un dossier de demande de secours exceptionnel devant une commission émanant du conseil d'administration.

La commission statue au vu du dossier sur la demande.

En aucun cas la commission n'est tenue de motiver ses décisions.

### **Article 28. CONDITIONS D'ADHESION PARTICULIERES**

Des conditions d'adhésion particulières ouvertes à tout intéressé susceptible de devenir adhérent de la FRATERNELLE DES TERRITORIAUX et limitées dans le temps, peuvent être exceptionnellement mises en place sur décision du Conseil d'administration.

Ces conditions d'adhésion particulières offrent de manière exceptionnelle aux adhérents souscrivant un contrat auprès de la FRATERNELLE DES TERRITORIAUX pendant ces périodes précises, des avantages ponctuels qui ne sauraient se prolonger dans le temps.

Ces conditions d'adhésion particulières ne concernent pas les contrats labellisés et les conventions de participation.

### **Article 29. PRESCRIPTION**

Les actions sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Cependant, en cas de réticence, omission, fausse déclaration ou inexacte sur le motif couru du fait du membre participant, le délai court à compter du jour où la FRATERNELLE DES TERRITORIAUX en a connaissance.

De même, en cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Conformément à l'article L.221-12 du code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (citation en justice, commandement et reconnaissance de droit du bénéficiaire) 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 à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

### **Article 30. LOI APPLICABLE**

Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L.225-3 du Code de la mutualité, sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle-Calédonie et de la Polynésie française, et que le souscripteur du contrat (membre participant) a sa résidence principale ou son siège de direction sur le même territoire, la loi applicable est la loi française, à l'exclusion de toute autre.

Dans l'hypothèse où le souscripteur n'y a pas sa résidence principale ou son siège de direction, les parties au contrat peuvent choisir d'appliquer la loi française ou la loi du pays où le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction.

En outre, lorsque le souscripteur a sa résidence principale ou son siège de direction sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française et que le risque n'y est pas situé au sens de l'article L. 225-3 du Code de la mutualité, les parties peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le risque est situé.

### **Article 31. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES**

Le Délégué à la protection des données peut être contacté aux coordonnées suivantes :  
Entis 39 rue du Jourdil 74 960 Cran-Gevrier ou l'adresse suivante [dpo@mutuelles-entis.fr](mailto:dpo@mutuelles-entis.fr)

Il veille à la sécurité et à la confidentialité des données dans les conditions déterminées ci-après.

Finalité des traitements de données

L'ensemble des traitements de données sont nécessaires à l'exécution de la relation contractuelle liant le membre participant et la mutuelle. En conséquence, sauf mention particulière, le recueil des données présente un caractère obligatoire au titre de l'exécution de cette relation contractuelle.

Dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution de la relation contractuelle, la collecte des données personnelles a pour finalités :

- l'identification du membre participant et des bénéficiaires,
- l'appréciation, la tarification, le contrôle et la surveillance des risques,
- la réalisation de toute opération nécessaire à l'exécution du contrat et la gestion des prestations,
- l'encaissement des cotisations,
- la gestion des impayés et leur recouvrement,
- l'exercice des recours, la gestion des réclamations et des contentieux,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives,
- la gestion des demandes liées à l'exercice des droits des membres participants sur leurs données personnelles,
- le cas échéant, la passation des contrats auprès d'un organisme assureur succédant à la mutuelle.

A des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle, et dans le respect des principes mutualistes, les données du membre participant permettent également :

- l'élaboration des statistiques et études actuarielles,
- la mise en place d'actions de prévention.

Dans le cadre de la gestion commerciale, les données du membre participant et des bénéficiaires peuvent également être utilisées pour :

- le suivi de la relation client (enquêtes de satisfaction),
- pour réaliser des sondages, jeux concours,
- élaborer des statistiques commerciales,
- pour proposer des offres commerciales pour des produits du groupe ENTIS, ainsi que des offres des partenaires du groupe.

Le membre participant peut s'opposer à cet usage à tout moment et modifier ses choix.

Les données du membre participant sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle, telles que la lutte contre le blanchiment.

Les données collectées peuvent enfin être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées (analyse et détection des actes, gestion des alertes, constitution de liste de personnes, gestion des procédures).

#### Destinataires des données à caractère personnel

- Les destinataires dans le cadre des missions habituelles

Les destinataires ayant accès aux données à caractère personnel collectées sont, dans la limite de leurs attributions, les personnels de la mutuelle en charge de la gestion et de l'exécution du contrat et de chacune des prestations, les personnels en charge du marketing, du service commercial, les personnels en charge de traiter la relation client, les réclamations, la prospection, les services logistiques et informatiques, et aussi, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, les prestataires, les sous-traitants, les autres entités du groupe ENTIS dans le cadre de l'exercice de leurs missions, les organismes d'assurance offrant des prestations complémentaires, les co-assureurs, réassureurs, les organismes professionnels et fonds de garanties.

- Les personnes intéressées au contrat

Les personnes parties (membres participant) et intéressées au contrat (bénéficiaires ; ayants-droits ; souscripteurs ; héritiers, tuteurs, curateurs et, plus généralement, tous les représentants légaux ; bénéficiaires d'une subrogation des droits relatifs aux garanties) peuvent avoir accès aux données, dans la limite des données les concernant ou concernant les actions qu'elles peuvent exercer.

- Les personnes intervenantes au contrat

Peuvent également être rendus destinataires des données à caractère personnel toute personne intervenante au contrat (experts, avocats, auxiliaires de justice et officiers ministériels, agents de recherche privé, professionnels de santé, médecin-conseil et personnel habilité, organismes sociaux). Les données de santé sont destinées aux Médecins conseils, et à leur personnel.

- Les personnes habilitées à titre de tiers autorisés

Des informations concernant le membre participant peuvent également être transmises à toutes personnes habilitées notamment les juridictions, arbitres, médiateurs, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que les services en charge du contrôle interne.

#### Durée de conservation des données personnelles

Les données à caractère personnel du membre participant sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

#### Les droits du membre participant

Le membre participant a la faculté de solliciter auprès du délégué à la protection des données :

- l'accès aux données à caractère personnel (droit d'obtenir la confirmation que des données le concernant sont ou ne sont pas traitées et, dans l'affirmative, l'accès à ces données),
- la rectification des informations inexactes le concernant (droit de rectifier et compléter),
- l'effacement (notamment lorsque les données ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées ou traitées d'une autre manière ou en cas d'opposition au traitement),
- la limitation du traitement (dans les conditions prévues la loi),
- la portabilité de ses données (droit de recevoir les données le concernant dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par un support informatique et droit de le transmettre à un autre responsable de traitement).

Le membre participant peut également retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le membre participant bénéficie du droit de s'opposer :

- pour des raisons tenant à sa situation particulière, à ce que des données à caractère personnel le concernant fassent l'objet d'un traitement mis en œuvre à des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de sa situation devra être clairement argumenté ;
- à ce que ses données soient utilisées, y compris en interne au sein de la mutuelle ou groupe ENTIS, à des fins de prospection commerciale ou à ce que ses données soient transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale. Dans ce cas, cette opposition n'a pas à être motivée.

Le membre participant peut exercer l'ensemble de ses droits, en justifiant de son identité, par l'envoi d'une lettre simple à l'adresse suivante :

FRATERNELLE DES TERRITORIAUX

DPO

9 rue Général Ferrié

BP 42542

38035 GRENOBLE CEDEX 2

ou à l'adresse mail suivante [dpo@mutuelles-entis.fr](mailto:dpo@mutuelles-entis.fr).

Le membre participant a également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

### **Article 32. DECLARATIONS DIVERSES**

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le Code de la mutualité.

L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiels et de Résolution (ACPR), dont le siège social est 61 rue Taitbout, 75 009 PARIS.

### **Article 33. REGLEMENTATION RELATIVE A LA DIRECTIVE DISTRIBUTION ASSURANCE**

La mutuelle applique les obligations issues de l'Ordonnance n° 2018-361 du 16 mai 2018 transposant la Directive Distribution d'Assurances (UE) 2016/97 du 20 janvier 2016, et plus particulièrement, elle :

- Fournit à l'adhérent, avant la conclusion du contrat, les informations relatives à son identité, à son adresse, à son immatriculation, aux procédures de réclamation et au recours à un processus de médiation,
- Remet à l'adhérent, pré contractuellement la fiche d'information standardisée (IPID) sur la garantie d'assurance rédigée, transmise et actualisée par l'organisme concepteur,
- Veille à ce que ses salariés, responsables de la distribution et collaborateurs participant directement à l'activité de commercialisation des contrats d'assurance suivent une formation continue annuelle de 15 heures conformément à l'ordonnance citée ci-avant. Cette formation est destinée à contrôler efficacement et évaluer leurs connaissances et leurs aptitudes et permet aux salariés de maintenir un niveau de performance adéquat correspondant à la fonction qu'ils occupent et au marché concerné,
- Vérifie lors du recrutement de son personnel ; les compétences et le respect des règles d'honorabilité issues de l'ordonnance, avec notamment l'absence de condamnation pénale liée à une atteinte aux biens, qui doit être contrôlés lors du recrutement.
- Respecte la fiche de distribution produit établie par l'organisme concepteur,
- Indique, à l'adhérent, en relation avec ce contrat, si la mutuelle travaille sur la base d'honoraires, c'est-à-dire sous la forme d'une rémunération payée directement par l'adhérent ; ou sur la base de commission, c'est-à-dire une rémunération incluse dans la prime d'assurance. Dans le cas contraire, la mutuelle doit préciser quel type de rémunération elle pratique,
- Conseille les adhérents aux mieux de leurs intérêts après avoir recueillis leur exigences et besoins, à l'aide d'un questionnaire, et de garder une copie de cet écrit afin de se ménager la preuve en cas de contrôle.

## TITRE 6 : DISPOSITIONS DEROGATOIRES APPLICABLES AUX CONTRATS SOUMIS A PARTICIPATION DESTINES AUX FONCTIONNAIRES TERRITORIAUX

### CHAPITRE 1 : CONTRATS LABELISES

#### **Article 34. OBJET**

Le contrat labélisé est un contrat à adhésion individuel. Il a fait l'objet d'une labellisation pour une période de trois ans renouvelable par l'un des prestataires habilités par l'ACPR et figure sur la liste publiée par le Ministre chargé des collectivités territoriales, liste sur laquelle sont indiqués le nom de la mutuelle, la dénomination du contrat, la date de délivrance du label et le nom du prestataire qui a délivré le label.

Le contrat a pour objet d'accorder aux adhérents définis à l'article 2 une prestation complémentaire aux régimes de base de la Sécurité Sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés et dans le respect du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

#### **Article 35. PERSONNEL GARANTI ET AYANTS DROITS**

Sont concernés :

- les agents titulaires de droit public et de droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics (y compris le Centre national de la fonction publique territoriale), actifs et retraités.
- Leurs ayant-droits correspondant aux personnes appartenant au même foyer fiscal sous réserve que leur régime social l'autorise, et toute personne à charge au sens fiscal.

#### **Article 36. CONDITIONS D'ADHESION**

- Il n'existe aucun âge maximal d'adhésion.
- Aucun questionnaire médical n'est demandé à l'adhésion
- Lorsqu'un agent, actif ou retraité, âgé de plus de 30 ans, souscrit ou adhère à une garantie de référence sans l'avoir souscrit l'année précédente, il fournit à la mutuelle le justificatif d'adhésion ou le certificat de non majoration fourni par le dernier organisme auprès duquel il avait souscrit une garantie de référence.  
Si l'entrée dans la fonction publique est postérieure au 10 Novembre 2011, il transmet également les documents permettant de justifier de sa date d'entrée dans la fonction publique.
- Faute de pouvoir produire ces documents, la durée totale de cotisation dans un organisme proposant une garantie de référence depuis la date la plus récente entre le 10 novembre 2011 et l'entrée dans la fonction publique territoriale est présumée égale à 0.

### **Article 37. MONTANT OU TAUX DE COTISATIONS**

La cotisation est définie par tranches d'âge. Les montants des cotisations et les tranches d'âges les déterminants sont précisés en annexe.

La cotisation du membre participant ou de ses ayants droits peut évoluer selon ces tranches d'âges ou selon la composition familiale. Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres :

- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'adhérent, aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de la nature de l'emploi de l'adhérent ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction du sexe de l'adhérent.

Le calcul des cotisations respecte la solidarité intergénérationnelle

Le nombre d'enfant soumis à cotisation est de 3.

Il est ici également précisé que les cotisations peuvent être modulées en fonction de la date d'adhésion des agents au dispositif de couverture.

### **Article 38. MAJORATIONS DE COTISATION**

Lorsque l'adhésion au contrat est postérieure à 2 ans à l'entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction le 10 novembre 2011, à cette date, la cotisation de l'agent est modifiée suivant un coefficient de majoration qui tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation.

Ainsi, pour toute année non cotisée à une garantie de référence après 30 ans, depuis la date la plus récente entre le 10 novembre 2011 et la date d'entrée dans la fonction publique, ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence, il est calculé par la mutuelle une majoration égale à 2 % par année, majoration prévue par l'arrêté susvisé qui prévoit, en l'état actuel de sa rédaction une majoration égale à 2% par année.

Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique. Pour les agents en fonction le 10 novembre 2011, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et règlements labélisés.

Le coefficient de majoration ainsi calculé est, le cas échéant, additionné au coefficient de majoration transmis par le dernier organisme auprès duquel l'agent avait souscrit une garantie de référence.

L'agent ou le retraité qui, ayant résilié sa garantie de référence pour une autre garantie de référence, transmet à la mutuelle le justificatif d'adhésion indiquant un coefficient de majoration, verra ce dernier appliqué à ses nouvelles cotisations.

### **Article 39. CONDITIONS ET MODALITES DE MODIFICATION DES COTISATIONS**

Le barème des cotisations peut évoluer en fonction des dépenses de santé constatées d'une année sur l'autre ou des éventuels transferts de charge obligatoires sur les régimes complémentaires.

Il peut être modifié annuellement sur décision de l'Assemblée Générale ou de ses mandataires suivant délégation consentie dans les conditions de l'article L 114-11 du Code de la Mutualité.

Cependant, en cas d'augmentation des cotisations, la solidarité intergénérationnelle visée à l'article 28 1° du décret susvisé continuera à être appliquée.

Toute modification du contrat intervenant pendant cette période sera soumise au prestataire habilité par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) qui déterminera si les conditions de délivrance du label sont toujours respectées ou s'il opère un retrait du label.

#### **Article 40. CONSEQUENCE DE LA CESSATION DES GARANTIES**

Aucune prestation ne pourra être servie après la date de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Les adhérents radiés disposent d'un délai de 6 mois après la date d'émission de leurs décomptes Sécurité Sociale ou de leurs factures pour se faire rembourser.

La carte d'adhérent à la mutuelle n'est utilisable et n'ouvre droit au tiers payant que si l'adhérent est à jour dans le paiement de ses cotisations.

Lorsqu'un adhérent souhaite résilier sa garantie de référence, l'organisme auprès duquel il a souscrit cette garantie lui transmet un justificatif d'adhésion ainsi que le montant du coefficient de majoration qui est affecté à sa cotisation.

Lorsque l'adhérent ne se voyait pas affecter de coefficient de majoration, l'organisme lui adresse une attestation de non majoration.

Dans les conditions prévues par l'article 6 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les adhérents quittant la collectivité ou étant admis à la retraite, pourront continuer à être couverts par la mutuelle tant qu'ils le souhaitent.

#### **Article 41. LES PRESTATIONS**

Les garanties souscrites sont décrites en annexe n°2.

Les retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents en activité.

Celles-ci sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Elles respectent les minima de prise en charge obligatoire, les règles relatives aux remboursements des médecins adhérent ou non aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, les règles relatives aux planchers et plafonds optiques et aux planchers de remboursement des soins prothétiques dentaires.

##### **Participation forfaitaire et franchises**

La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

En application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, elles ne sont pas remboursables par la mutuelle et restent à la charge de l'adhérent.

##### **Prestations Hors Parcours de soins coordonnés**

Lorsque l'adhérent reçoit des soins médicaux, sans avoir au préalable désigné de "médecin traitant", ou sans passer par son "médecin traitant" et à l'exception des cas prévus par la loi, l'Assurance Maladie Obligatoire considère que l'adhérent ne respecte pas le "Parcours de soins coordonnés".

Dans ce cas, les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement.

Ces diminutions de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire restent, de par la loi, à la charge exclusive de l'adhérent et ne peuvent être remboursées par la mutuelle. Les éventuels dépassements d'honoraires "hors parcours de soins" ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

##### **Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004**

Liste disponible auprès de la mutuelle.

Prise en charge de la participation visée à l'article 28 4° du Décret n° 2011-14174 du 8 novembre 2011



A l'occasion d'une hospitalisation dans un établissement de santé, les garanties comprennent au moins la prise en charge de la participation des assurés ou de leurs ayants droit au sens du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, à l'exception de celle prévue au I de l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale. La durée de prise en charge est d'au moins 365 jours et son montant est limité aux frais exposés.

Les interdictions et obligations de couverture énumérées revêtent un caractère indicatif ; elles peuvent par la suite être modifiées pour demeurer en tous points conformes aux dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses décrets d'application.

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Les pourcentages de remboursement de la mutuelle sont toujours calculés en pourcentage des tarifs de base du remboursement du régime obligatoire.

Le montant des prestations en espèces ne peut être supérieur à la perte de revenu subie par l'adhérent.

Les taux de remboursements des frais de consultations et de visites de médecins non-conventionnés sont ceux appliqués aux frais de consultations et de visites de médecins conventionnés.

#### **Article 42. MODIFICATION DES PRESTATIONS PAR LA MUTUELLE**

Les prestations sont définies pour une période de trois ans.

Toute modification substantielle intervenant pendant cette période sera soumise au prestataire habilité par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) qui déterminera si les conditions de délivrance du label sont toujours respectées ou s'il opère un retrait du label.

#### **Article 43. EFFETS DU RETRAIT OU DU NON RENOUVELLEMENT DU LABEL**

En cas de retrait ou non renouvellement du label, la mutuelle doit en informer les agents dans un délai d'un mois à compter de la notification de la décision, en leur précisant les majorations de cotisation qui peuvent en résulter pour eux. Ces majorations prennent effet pour les agents, à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin du label.

Lorsque la mutuelle reçoit directement la participation de la collectivité, elle doit également informer la collectivité territoriale ou l'établissement public intéressé de la décision de retrait ou de non renouvellement.

#### **Article 44. CAS OUVRANT DROIT A RESILIATION ANTICIPEE**

En cas de décès d'un membre participant seul, en cours d'année, la cotisation versée pour la période au-delà du décès n'est pas remboursable.

En cas de décès d'un bénéficiaire d'une adhésion familiale en cours d'année, sa part de cotisation pour la période au-delà du décès est acquise pour la couverture de la famille.

En cas de départ définitif à l'étranger, la démission du membre participant pourra être effective à compter du 1er jour suivant la date de réception par la mutuelle du courrier accompagné du justificatif et de la carte d'adhérent en cours de validité.

En cas de retrait ou non-renouvellement du label ; la résiliation prendra effet à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin du label.

## CHAPITRE 2 : CONVENTIONS DE PARTICIPATION

### Article 45. OBJET

Le présent contrat est un contrat collectif à adhésion facultative établi dans le cadre de la signature d'une convention de participation, résultant d'un appel public à concurrence **visé par le Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.**

Le contrat a pour objet d'accorder aux agents et salariés définis à l'article 2 une prestation complémentaire aux régimes de base qui leur sont applicables en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés et dans le respect du décret susvisé.

### Article 46. PERSONNEL GARANTI ET AYANTS DROITS

Sont concernés :

- les agents titulaires de droit public et de droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics (y compris le Centre national de la fonction publique territoriale), actifs et retraités.
- Les ayants droit sont :
  - Les conjoints, concubins, pacsés, enfants appartenant au même foyer fiscal,
  - Les ascendants et descendants à charge fiscalement,
  - Les enfants étudiants ou salariés de moins de 28 ans vivants sous le toit de l'assuré

Les personnels retraités ne peuvent adhérer qu'à la convention signée par leur dernier employeur, c'est-à-dire leur employeur au moment où ils ont été admis à la retraite.

### Article 47. CONDITIONS D'ADHESION

- Il n'existe aucun âge maximal d'adhésion.
- Aucun questionnaire médical n'est demandé à l'adhésion.
- Lorsqu'un agent, actif ou retraité, âgé de plus de 30 ans, souscrit ou adhère à une garantie de référence sans l'avoir souscrit l'année précédente, il fournit à la mutuelle le justificatif d'adhésion ou le certificat de non majoration fourni par le dernier organisme auprès duquel il avait souscrit une garantie de référence.  
Sil l'entrée dans la fonction publique est postérieure au 10 Novembre 2011, il transmet également les documents permettant de justifier de sa date d'entrée dans la fonction publique.
- Faute de pouvoir produire ces documents, la durée totale de cotisation dans un organisme proposant une garantie de référence depuis la date la plus récente entre le 10 novembre 2011 et l'entrée dans la fonction publique territoriale est présumée égale à 0.

#### **Article 48. MONTANT OU TAUX DE COTISATIONS**

La cotisation est définie par tranches d'âge. Les montants des cotisations et les tranches d'âges les déterminant sont précisés dans la convention de participation.

La cotisation du membre participant ou de ses ayants droits peut évoluer selon ces tranches d'âges ou selon la composition familiale. Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risque propres

- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'adhérent, aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de la nature de l'emploi de l'adhérent ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction du sexe de l'adhérent.

Le calcul des cotisations respecte la solidarité intergénérationnelle :

Le rapport entre la cotisation ou la prime hors participation due par l'assuré âgé de plus de 30 ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation ou la prime due par l'adhérent âgé de plus de 30 ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques, et pour une option de garanties comparable non compte tenu d'éventuelles pénalisations prévues à l'article 6 du présent règlement

Le nombre d'enfant soumis à cotisation est de 3.

#### **Article 49. MAJORATIONS DE COTISATION**

Lorsque l'adhésion au contrat est postérieure à 2 ans à l'entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction le 10 novembre 2011, à cette date, la cotisation de l'agent est modifiée suivant un coefficient de majoration qui tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation.

Ainsi, pour toute année non cotisée à une garantie de référence après 30 ans, depuis la date la plus récente entre le 10 novembre 2011 et la date d'entrée dans la fonction publique, ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence, il est calculé par la mutuelle une majoration égale à 2 % par année, majoration prévue par l'arrêté susvisé qui prévoit, en l'état actuel de sa rédaction une majoration égale à 2% par année.

Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique. Pour les agents en fonction le 10 novembre 2011, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et règlements labélisés.

Le coefficient de majoration ainsi calculé est, le cas échéant, additionné au coefficient de majoration transmis par le dernier organisme auprès duquel l'agent avait souscrit une garantie de référence.

L'agent ou le retraité qui, ayant résilié sa garantie de référence pour une autre garantie de référence, transmet à la mutuelle le justificatif d'adhésion indiquant un coefficient de majoration, verra ce dernier appliqué à ses nouvelles cotisations.

#### **Article 50. CONDITIONS ET MODALITES DE MODIFICATION DES COTISATIONS**

La tarification est arrêtée pour une période de 6 ans.

Exceptionnellement, les limites tarifaires fixées peuvent être dépassées pour l'une ou plusieurs des raisons suivantes à condition qu'elles revêtent un caractère significatif :

- aggravation de la sinistralité,
- variation du nombre d'agents et de retraités adhérents,

- évolutions démographiques,
- modifications de la réglementation (désengagement de la Sécurité Sociale, modification des couvertures statutaires, renforcement des exigences prudentielles)

La tarification, les conditions dans lesquelles ces modifications seront présentées et les délais de réponses de la collectivité sont fixées dans la convention de participation.

### **Article 51. CONSEQUENCE DE LA CESSATION DES GARANTIES**

Aucune prestation ne pourra être servie après la date de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Les adhérents radiés disposent d'un délai de 6 mois après la date d'émission de leurs décomptes Sécurité Sociale ou de leurs factures pour se faire rembourser.

La carte d'adhérent à la mutuelle n'est utilisable et n'ouvre droit au tiers payant que si l'adhérent est à jour dans le paiement de ses cotisations.

Lorsqu'un adhérent souhaite résilier sa garantie de référence, l'organisme auprès duquel il a souscrit cette garantie lui transmet un justificatif d'adhésion ainsi que le montant du coefficient de majoration qui est affecté à sa cotisation.

Lorsque l'adhérent ne se voyait pas affecter de coefficient de majoration, l'organisme lui adresse une attestation de non majoration.

### **Article 52. LES PRESTATIONS**

Les garanties souscrites sont décrites en annexe n°2.

Les retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents en activité.

Celles-ci sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Elles respectent les minima de prise en charge obligatoire, les règles relatives aux remboursements des médecins adhérent ou non aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, les règles relatives aux planchers et plafonds optiques et aux planchers de remboursement des soins prothétiques dentaires.

#### **Participation forfaitaire et franchises**

La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

En application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, elles ne sont pas remboursables par la mutuelle et restent à la charge de l'adhérent.

#### **Prestations Hors Parcours de soins coordonnés**

Lorsque l'adhérent reçoit des soins médicaux, sans avoir au préalable désigné de "médecin traitant", ou sans passer par son "médecin traitant" et à l'exception des cas prévus par la loi, l'Assurance Maladie Obligatoire considère que l'adhérent ne respecte pas le "Parcours de soins coordonnés".

Dans ce cas, les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement.

Ces diminutions de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire restent, de par la loi, à la charge exclusive de l'adhérent et ne peuvent être remboursées par la mutuelle. Les éventuels dépassements d'honoraires "hors parcours de soins" ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

#### **Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004**

Liste disponible auprès de la mutuelle.

Prise en charge de la participation visée à l'article 28 4° du Décret n° 2011-14174 du 8 novembre 2011  
A l'occasion d'une hospitalisation dans un établissement de santé, les garanties comprennent au moins la prise en charge de la participation des assurés ou de leurs ayants droit au sens du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, à l'exception de celle prévue au I de l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale. La durée de prise en charge est d'au moins 365 jours et son montant est limité aux frais exposés.

Les interdictions et obligations de couverture énumérées revêtent un caractère indicatif ; elles peuvent par la suite être modifiées pour demeurer en tous points conformes aux dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses décrets d'application.

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Les pourcentages de remboursement de la mutuelle sont toujours calculés en pourcentage des tarifs de base du remboursement du régime obligatoire.

Le montant des prestations en espèces ne peut être supérieur à la perte de revenu subie par l'adhérent.

Les taux de remboursements des frais de consultations et de visites de médecins non-conventionnés sont ceux appliqués aux frais de consultations et de visites de médecins conventionnés.

### **Article 53. MODIFICATION DES PRESTATIONS PAR LA MUTUELLE**

Les prestations sont définies pour une période de six ans. A l'échéance, un nouvel appel sera lancé pour la souscription d'un nouveau contrat, sauf prorogation d'un an dument régularisée par avenant (une seule prorogation autorisée).

### **Article 54. EFFETS DE LA RESILIATION ANTICIPEE OU DU NON RENOUVELLEMENT DE LA CONVENTION PAR LA COLLECTIVITE TERRITORIALE**

En cas de résiliation anticipée ou de non-renouvellement de la convention par la collectivité territoriale, la mutuelle doit en informer les agents dans un délai d'un mois à compter de la notification de la décision, en leur précisant les majorations de cotisation qui peuvent en résulter pour eux. Ces majorations prennent effet pour les agents, à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de la convention.

### **Article 55. CAS OUVRANT DROIT A RESILIATION ANTICIPEE**

En cas de décès d'un membre participant seul, en cours d'année, la cotisation versée pour la période au-delà du décès n'est pas remboursable.

En cas de décès d'un bénéficiaire d'une adhésion familiale en cours d'année, sa part de cotisation pour la période au-delà du décès est acquise pour la couverture de la famille.

En cas de départ définitif à l'étranger, la démission du membre participant pourra être effective à compter du 1er jour suivant la date de réception par la mutuelle du courrier accompagné du justificatif et de la carte d'adhérent en cours de validité.

En cas de résiliation de la convention par la collectivité ; la résiliation prendra effet à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de la convention.