

CONDITIONS GÉNÉRALES

CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE



Garanties Frais de Soins de Santé et / ou décès - CG - FAC 04/2015

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - Objet

Les dispositions des présentes conditions déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure des garanties « frais de soins de santé » et « décès », dans un cadre collectif à adhésion facultative au sens de l'article L. 221-2 III-1° du Code de la mutualité, au profit des membres de la personne morale souscriptrice, et ce dans le respect des principes mutualistes définis aux articles L. 112-1 et suivants du Code de la mutualité. Elles sont complétées par des conditions particulières, dont les dispositions prévalent, en cas de contradiction, sur celles du présent régime.

Article 2 - Composition du groupe assuré

La composition du ou des groupes assurés est définie aux conditions particulières. Toute personne physique adhérent ou ayant été affiliée au contrat devient membre participant d'Apréva mutuelle.

Article 3 - Effet - Durée - Renouvellement du contrat

> A l'égard de la personne morale, le contrat prend effet :

- soit le premier jour du mois qui suit la date de réception du contrat signé par la personne morale si celle-ci est postérieure au 15 du mois ;
- soit le premier jour du mois en cours si la date de réception du contrat signé par la personne morale est antérieure au 16 de ce mois ;

pour une durée initiale se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

> A l'égard des membres de la personne morale ayant adhéré au contrat souscrit, à leur profit, le contrat prend effet :

- soit le premier jour du mois qui suit la date de réception du bulletin d'adhésion au contrat souscrit par la personne morale si celle-ci est postérieure au 15 ;
 - soit le premier jour du mois en cours si la date de réception du bulletin d'adhésion au contrat souscrit par la personne morale est antérieure au 16 ;
- pour une durée initiale se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Article 4 - Modification - Résiliation

Article 4.1 - Modification

Toute modification des garanties prévues par le présent contrat doit faire l'objet d'un avenant signé par la Mutuelle et par la personne morale souscriptrice.

Celle-ci s'engage à remettre aux membres participants une notice comportant les modifications apportées au contrat.

Article 4.2 - Résiliation du contrat par la personne morale

Le contrat prend fin, en cas de résiliation par les représentants légaux de la personne morale souscriptrice, si elle est signifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant la fin de l'année civile,

soit au plus tard le 31 octobre.

Article 4.3 - Résiliation d'un membre participant

> Principe

Pour tout adhérent relevant d'un contrat collectif à adhésion facultative, l'adhésion peut se dénoncer deux mois avant la fin de l'année civile par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle entraîne de plein droit la perte de sa qualité d'adhérent.

Aucune démission ne peut être acceptée en cours d'année.

> Exceptions

Ce préavis de deux mois est réduit à un mois pour les adhérents relevant d'un contrat collectif à adhésion facultative s'il y a modification de la notice prévue à l'article L 221-6 du Code de la mutualité.

Le préavis de deux mois ne s'applique pas au membre participant :

- s'il apporte la preuve qu'un accord d'entreprise ou qu'une convention collective impose son affiliation obligatoire à un autre organisme, il pourra exceptionnellement être dérogé à cette obligation. Cette démission entraînera la radiation du membre participant et le trop perçu éventuel des cotisations lui sera remboursé par la Mutuelle.

- en cas de mariage, concubinage ou PACS de deux adhérents à condition qu'ils soient tous deux repris dans le contrat.

Dans ce cas, la résiliation sera effective au premier jour du mois qui suit la réception de sa demande écrite justifiant des événements listés ci-dessus et transmise à la Mutuelle dans les trente et un jours qui suivent l'événement. A défaut, la résiliation ne pourra être effective qu'à la date de la demande et les cotisations échues depuis la date de l'événement resteront acquises à la Mutuelle.

- en cas de décès du membre participant.

Article 4.4 - Résiliation à l'initiative de la Mutuelle

La Mutuelle peut également mettre fin à l'adhésion du membre participant en cas de non-paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions prévues à l'article 13 des présentes conditions générales.

Article 5 - Election de domicile

Pour la souscription et l'exécution du présent contrat, la personne morale doit faire obligatoirement élection de domicile en France. Si la personne morale a son siège social en dehors du territoire de la France métropolitaine, elle doit désigner dans ce territoire un correspondant qui se porte garant de l'exécution du contrat notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations.

Article 6 - Informatique et Libertés

En application de la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, les informations recueillies sont exclusivement destinées à un usage interne à la Mutuelle et son groupement et ne pourront être communiquées

qu'aux tiers autorisés mentionnés sur les déclarations faites à la Commission Nationale Informatique et Libertés. Elles peuvent donner lieu à l'exercice des droits d'accès, de rectification et de suppression qui peuvent être exercés à tout moment auprès du Service « Gestion des données » par l'un des moyens suivants : par courrier postal à : Apréva mutuelle – Gestion des données – 2 rue de l'Origan 62036 ARRAS CEDEX ou par courrier électronique à : mesdonnees@apreva.fr

Article 7 - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACP-R), située 61 Rue Taitbout – 75436 PARIS Cedex 9.

CHAPITRE 2 : ADHESION

Article 8 - Demande d'adhésion

Chaque assuré doit remplir et signer un bulletin d'adhésion. Ce document, contresigné par le souscripteur, devra indiquer notamment les noms, prénoms, domicile, date et lieu de naissance, situation de famille ainsi que la catégorie professionnelle du membre participant lui-même ainsi que de ses ayants droit.

Article 9 - Obligations déclaratives

Les modifications intervenues dans la situation des membres participant adhérent au contrat collectif facultatif doivent être signalées à la Mutuelle, à la diligence et sous la responsabilité de la personne morale souscriptrice dans un délai de trente et un jours à compter de leur survenance.

Les membres participants s'engagent de leur côté à faire connaître à la Mutuelle, dans le mois qui suit l'événement, toutes les modifications survenant dans leur situation de famille ou celle de leurs ayants droit, notamment en cas de mariage (copie du livret de famille), concubinage (certificat de vie commune), PACS (copie du contrat), naissance (copie du livret de famille), changement d'adresse (quittance EDF, eau ou de téléphone), changement de banque (R.I.B.).

Article 10 - Information des membres participants

Le souscripteur est tenu :

- de remettre à chacun des membres participants une notice d'information rédigée par la Mutuelle qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.
- d'informer par écrit les membres participants des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations.

CHAPITRE 3 : COTISATIONS

Article 11 - Assiette et évolution des cotisations

L'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration sur délégation prévue par l'article L. 114-11 du Code de la mutualité, établit les cotisations sur la base, notamment :

- du montant en vigueur des prestations de la Sécurité sociale,
- des données démographiques communiquées par la personne morale souscriptrice.

Les cotisations sont fixées aux conditions particulières.

Elles pourront être modifiées le 1er janvier de chaque année en fonction notamment des résultats techniques enregistrés, de l'accroissement de la consommation médicale (indice de la « consommation médicale totale » publié par le Ministère de la santé), de l'augmentation connue ou prévisible du prix des actes médicaux et du montant des frais donnant lieu à indemnisation, des frais de fonctionnement de la Mutuelle, de la marge financière nécessaire au besoin de fonds propres de la Mutuelle, et des cotisations spécifiques destinées à des organismes supérieurs (Unions et Fédération Nationale de la Mutualité Française) ou techniques dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les Statuts et Règlements de ces organismes.

Néanmoins les cotisations peuvent être aménagées en cours d'année notamment dans les cas suivants :

- si des modifications profondes législatives et fiscales entraînaient une augmentation importante des prestations et charges de nature à modifier l'économie du contrat,
- si des données inexactes déclarées par l'entreprise modifiaient substantiellement la tarification.

Toute modification des cotisations prévues par le présent contrat doit faire l'objet d'un avenant signé par la Mutuelle et par la personne morale souscriptrice.

Article 12 - Paiement des cotisations

La personne morale souscriptrice s'engage pour une période annuelle. A ce titre, la cotisation peut être payée annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement. Les cotisations sont payables à la date indiquée aux conditions particulières. La Mutuelle procédera à l'appel et à l'encaissement des cotisations auprès du souscripteur aux échéances définies dans les conditions particulières.

Article 13 - Défaut de paiement des cotisations

Article 13.1 - Non-paiement des cotisations en cas de précompte de la cotisation par la personne morale (article L. 221-8 I du Code de la mutualité)

Lorsque la personne morale 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 de la personne morale.

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

La Mutuelle a le droit de mettre fin au contrat dix jours après le délai de trente jours précité.

Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la Mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance

pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

A défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, la Mutuelle peut appliquer des majorations de retard dans les conditions fixées par les Statuts.

Article 13.2 - Non-paiement des cotisations en l'absence de précompte par la personne morale (article L. 221-8 II du Code de la mutualité)

Article 13.2.1 - Non-paiement de la cotisation par le membre participant

Lorsque, dans les opérations facultatives, 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 peut intervenir dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée 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 contrat.

La Mutuelle peut appliquer des majorations de retard, dans les conditions fixées par les Statuts.

Article 13.2.2 - Non-paiement de sa cotisation par la personne morale

A 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 de la personne morale.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse 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 parallèlement informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par la personne morale est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat, sauf s'il entreprend de se substituer à la personne morale pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle a le droit de mettre fin au contrat dix jours après le délai de trente jours précité.

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

La Mutuelle rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la Mutuelle ne couvre plus le risque.

La Mutuelle peut appliquer des majorations de retard, dans les conditions fixées par les Statuts.

CHAPITRE 4 : PRESTATIONS

A/ RISQUES COUVERTS

Article 14 - Garanties

Article 14.1 - En matière de Frais de Soins de Santé

Article 14.1.1 - Contrats responsables

Les garanties proposées par la Mutuelle respectent, sauf exceptions précisées dans les conditions particulières, le cahier des charges des contrats « responsables » conformément aux dispositions légales et réglementaires des

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

La garantie responsable prend en charge au minimum :

- Sur l'ensemble des postes de garantie, le Ticket Modérateur de l'ensemble des actes remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire à l'exception toutefois des cures thermales, des médicaments remboursés à 15 %, des médicaments remboursés à 30 % et de l'homéopathie.

- Le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers (établissements de santé) mentionnés à l'article L174-4 du Code de la Sécurité sociale sans limitation de durée.

- Si le contrat prévoit leur prise en charge, les dépassements d'honoraires sont pris en charge de façon différenciée pour les médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et les médecins non adhérents au CAS. Pour les médecins non adhérents au CAS, la prise en charge des dépassements tarifaires est plafonnée et soumise à une double limite à savoir : 100 % du tarif de la Sécurité sociale, tout en respectant un écart de 20 % entre les médecins signataires et ceux qui ne l'ont pas signé.

- Pour les équipements optiques, si le contrat le prévoit, les dépassements d'honoraires font l'objet d'une prise en charge inscrite entre un minima et un maxima différenciés par types d'équipements (ticket modérateur inclus). Dans tous les cas, pour la monture la prise en charge est limitée à 150 euros. La prise en charge ne pourra avoir lieu que tous les 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. En cas d'équipement mixte (verres de corrections différentes), le forfait applicable correspond à la moyenne des deux forfaits figurant au tableau des garanties.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la Mutuelle, sur justificatifs, prendra en charge deux forfaits en verres simples chacun pris pour la moitié du forfait verres progressifs ou multifocaux prévu au contrat.

La garantie, responsable ou non, ne prend pas en charge :

- la majoration de la participation de l'assuré prévue aux articles L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L.1111-15 du Code de la Santé Publique (refus du droit d'accès au Dossier Médical Personnel),
- les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale.
- la participation forfaitaire de 1 € et la franchise annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale, dites « franchises médicales ».

Article 14.1.2 - Prestations supplémentaires Frais de Soins de Santé

La Mutuelle propose, en sus des prestations énumérées ci-dessus, dans la limite des dépenses engagées, de faire bénéficier ses Membres Participants et leurs ayants droit de prestations supplémentaires en fonction des garanties souscrites et dans les conditions suivantes.

Les plafonds de remboursement peuvent être exprimés par rapport à la base de remboursement du Régime Obligatoire ou en montants forfaitaires.

• **Orthodontie**

Si la date de début des soins est antérieure à la date d'adhésion ou de radiation, la Mutuelle rembourse le traitement pour une durée maximale de 6 mois au prorata de la période de cotisations réglées.

• **Cure thermique**

Un montant forfaitaire est accordé pour couvrir tout ou partie des soins dispensés pendant la cure, des honoraires, du forfait thermal, des frais d'hébergement et de transport exposés pour la cure.

• **Prothèses auditives**

Pour les prothèses auditives avec prise en charge du Régime Obligatoire, la prestation est limitée à un appareil par oreille tous les 5 ans. La garantie peut prévoir le remboursement des piles et entretien de l'appareil auditif.

• **Frais d'accompagnant**

La Mutuelle peut verser un forfait couvrant les frais de repas et/ou d'hébergement en milieu hospitalier ou en hébergement extérieur du service (maison de parents, foyer d'accueil ou hôtel hospitalier) de la personne accompagnante. Le remboursement s'effectue dans la limite d'un montant forfaitaire par journée d'hospitalisation.

• **Prime naissance**

Sur justificatif (photocopie du livret de famille), une prime peut être attribuée au Membre Participant dans le cadre d'une naissance ou d'une adoption d'un enfant de moins de 12 ans. Le paiement de la prime est subordonné, à la condition que l'enfant soit né vivant et viable et à son inscription en tant qu'ayant droit dans les 31 jours de sa naissance.

Pack bien-être

• **Vaccin anti grippe et les autres vaccins sans prise en charge par le Régime Obligatoire.**

• **Dermatologue**

La Mutuelle peut rembourser les actes hors nomenclature pratiqués ou prescrits par un dermatologue.

• **Diététicien**

La Mutuelle peut verser un forfait pour un suivi diététique et un bilan nutritionnel effectués auprès d'un(e) diététicien(ne) titulaire du diplôme d'Etat français mentionné à l'article L.4371-3 du Code de la santé publique ou de l'autorisation prévue aux articles L.4371-4 et L.4371.6 du même Code.

• **Sevrage tabagique**

La Mutuelle peut rembourser à hauteur d'un forfait les traitements par substituts nicotiques sans prise en charge par le Régime Obligatoire figurant dans la liste ci-après : les patchs, les médicaments, les gommes à mâcher et les inhalateurs délivrés en pharmacie.

• **Contraceptifs sans prise en charge par le Régime Obligatoire**

La Mutuelle peut rembourser à hauteur d'un forfait les contraceptifs sans prise en charge par le Régime Obligatoire figurant dans la liste ci-après : les pilules de troisième génération, les préservatifs, les capes cervicales, l'anneau contraceptif, les patchs, les spermicides (crème, gel, mousse).

• **Amniocentèse sans prise en charge par le Régime Obligatoire**

La Mutuelle peut verser un forfait pour permettre à la future maman d'accéder à l'examen

d'amniocentèse lorsqu'il n'est pas pris en charge par le Régime Obligatoire.

• **Thalassothérapie jeune maman**

La Mutuelle peut verser un forfait pour la thalassothérapie jeune maman, à condition que celle-ci soit effectuée dans les douze mois qui suivent la naissance de l'enfant et que celui-ci soit inscrit comme ayant droit du contrat. Le forfait est attribué une seule fois par accouchement. Le remboursement des prestations thalassothérapie n'est pas cumulable avec la prestation cure thermique. Pour être prise en charge, la thalassothérapie doit être effectuée en France Métropolitaine.

• **Ostéodensitométrie osseuse**

La Mutuelle peut prendre en charge les actes d'ostéodensitométrie osseuse sans prise en charge par le Régime Obligatoire à hauteur d'un forfait.

• **Pédicure - Podologue**

La Mutuelle peut verser une somme forfaitaire pour les actes de soins des pieds, de la peau et des ongles relevant du domaine médical, dispensés par le pédicure. Sont également pris en charge les traitements ou soins dispensés par un podologue ou un podothérapeute.

• **Ostéopathie**

La Mutuelle peut verser un forfait pour les séances d'ostéopathie. Pour bénéficier d'une prise en charge de la Mutuelle, il faut que les séances d'ostéopathie soient effectuées par un ostéopathe titulaire d'une formation ou d'un diplôme d'ostéopathie ou d'une autorisation d'exercice, conformément à l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

• **Médecines douces**

La Mutuelle peut verser un forfait, par an et par Membre Participant et ayant droit, pour des consultations ou des séances pratiquées par un professionnel de santé dont les spécialités sont listées dans le tableau des garanties de la garantie souscrite.

• **Pratique d'un sport en club sportif**

La Mutuelle verse un forfait par an et par Membre Participant et ayant droit pour la prise en charge d'une partie de la cotisation relative à la pratique d'un sport.

Sont exclus les sports reconnus comme extrêmes ou réputés dangereux et les sports relatifs à la chasse ou au tir, visés ci-dessous :

- **Sports de glisse : airboard, freebord, kite surf, snowboard, speedriding, surf, streetluge, longskate, le ski extrême, l'alpinisme,**
- **Sports mécaniques : quad, roller derby, stunt, FMX, moto cross, karting,**
- **Sports à sensations : apnée, base jump, chute libre, saut à l'élastique, skysurf, urban climbing, cascade de glace, plongeon, rafting, dry tooling, escalade, parapente, échasses urbaines, deltaplane, voltige, cyclisme de descente, surf, spéléologie, parachutisme, montgolfière, vol à voile, ULM.**
- **Sports de loisirs : pêche, chasse (quelle que soit la nature de la chasse), ball-trap, tir.**

• **Prévention soleil**

La Mutuelle peut verser un forfait par enfant de moins de 16 ans pour la crème solaire affichant un indice de protection égal ou supérieur à 30.

• **Patchs anti douleur**

La Mutuelle peut verser un forfait par enfant de

moins de 16 ans, pour les patchs anti douleur.

Article 14.1.3 - Limites de remboursements

• **En optique**

- L'attribution du forfait se fait par périodes de 2 ans, cette durée est fixe et s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.
- Les verres solaires ou teintés sont exclus de toute garantie, sauf sur prescription médicale.
- Pour le poste lentilles, les produits et accessoires ne sont pas pris en charge dans le forfait.

• **En dentaire**

Sont exclues de tous remboursements les prothèses dites « provisoires » et hors nomenclature.

Et plus généralement, sous réserve du respect des obligations de prise en charge prévues à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale, la Mutuelle ne garantit pas les frais de traitement et opérations de rajeunissement et les frais de chirurgie esthétique.

Article 14.2 - En matière de décès

Article 14.2.1 - Garantie de Base : en cas de décès

Si prévu au contrat, la Mutuelle garantit le versement, en cas de décès du Membre Participant survenant au cours de la période de garantie et, selon la garantie souscrite, de ses ayants droit, d'un capital dont le montant est précisé au contrat au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires.

Article 14.2.2 - Garantie Assimilée : en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

La Mutuelle garantit, en cas de reconnaissance d'une perte totale et irréversible d'autonomie survenant au cours de la période de garantie constatée dans les conditions ci-après, le versement par anticipation du capital décès.

Dans cette hypothèse, la Mutuelle est libérée de toute obligation lors du décès ultérieur de l'assuré. D'une manière générale, sont considérés comme étant en état de perte totale et irréversible d'autonomie les invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession pouvant leur procurer gain ou profit, sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

En pratique, seront seulement réputés en état de perte totale et irréversible d'autonomie, d'une part, l'assuré classé par la Commission de Réforme dans la 3ème catégorie d'invalides visée par l'article 6 du décret n°60-58 du 11 janvier 1960 et, d'autre part, l'assuré classé par la Sécurité sociale dans la 3ème catégorie d'invalides visée par l'article L.341-4, 3° du Code de la Sécurité Sociale.

Sera aussi assimilée à l'état de perte totale et irréversible d'autonomie l'incapacité permanente totale avec attribution par la Sécurité sociale d'une majoration de la rente au titre de l'assistance d'une tierce personne résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, par application de l'article L.434-2 alinéa 3 du Code de la Sécurité sociale.

Article 14.3 - Garanties additionnelles

La Mutuelle peut également souscrire tout contrat ou convention auprès d'une mutuelle, d'une union, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurance et accorder aux bénéficiaires du présent contrat des garanties en complément des garanties souscrites auprès de la Mutuelle.

Une notice spécifique définissant les prestations

accordées et les modalités de leur mise en œuvre est jointe aux Conditions Particulières. Le souscripteur s'engage à en remettre un exemplaire à chaque assuré.

B/ BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS

Les garanties du contrat sont ouvertes aux membres de la personne morale souscriptrice telles que définies aux Conditions Particulières.

Article 15 - Le Membre Participant et les ayants droit

Les bénéficiaires des garanties frais de santé et les personnes assurées au titre de la garantie décès sont, selon les garanties souscrites et sous réserve de dérogations spécifiques prévues aux Conditions Particulières, le Membre Participant et le cas échéant son ou ses ayants droit tels que définis aux articles 7 et 9 des Statuts.

Article 16 - Bénéficiaires des prestations décès

Article 16.1 - Bénéficiaire des garanties en cas de décès

Le(s) bénéficiaire(s) du capital dû par la Mutuelle lors du décès du Membre Participant et/ou de ses ayants droit sont la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de leur part, dans le certificat de désignation du bénéficiaire fourni par la Mutuelle et retourné à cette dernière ou dans un avenant signé par les parties ou dans un acte sous seing privé ou authentique postérieur porté à la connaissance de la Mutuelle.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés par le Membre Participant, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint survivant du Membre Participant non divorcé, à défaut au partenaire lié par un PACS, à défaut au concubin notoire, la qualité de ces personnes étant appréciée au moment du décès,
- à défaut, aux enfants du Membre Participant nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux,
- à défaut, aux héritiers du Membre Participant, en application des règles de la dévolution successorale légale.

Article 16.2 - Bénéficiaire des garanties en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, le bénéficiaire de la garantie est le Membre Participant.

C/ REGLEMENT DES PRESTATIONS

Article 17 - Entrée en vigueur des garanties – délais d'attente

Article 17.1 - En matière de frais de soins de santé

L'effet des garanties est immédiat sauf pour les prestations suivantes pour lesquelles la Mutuelle applique des délais d'attente suivants :

- cure thermale et prime naissance : délai d'attente de 9 mois à compter de la date d'adhésion.

Les délais d'attente sont des périodes qui suivent l'adhésion ou le changement de garantie(s) ou de combinaison de garanties pendant lesquelles les soins pratiqués ne peuvent donner lieu à aucun paiement de prestation ou à un remboursement limité.

Des délais d'attente ont précisés aux conditions particulières.

Des délais d'attente spécifiques sont appliqués aux garanties surcomplémentaires et sont fixés dans les conditions particulières.

Article 17.2 - En matière de décès - Faculté de renonciation

Sauf disposition contraire inscrite dans les conditions particulières du contrat, l'effet des garanties est immédiat.

Pour les opérations collectives à adhésions facultatives et pour la seule garantie décès, le membre participant peut renoncer à son contrat dans un délai de 30 jours à compter de la date d'effet par lettre recommandée avec accusé de réception au siège social de la Mutuelle accompagnée, s'il y a lieu des documents contractuels qui lui ont été remis ou expédiés.

Dans ce cas l'intégralité des versements effectués lui sera remboursée sans les 30 jours suivants la date de réception de la lettre recommandée rédigée comme suit : « Je déclare renoncer à la garantie décès souscrite ...et demande le remboursement deversés le .../.../... dans le délai de 30 jours prévu par la Loi.

Date, nom, prénom, signature ».

Article 18 - Terme des garanties

Article 18.1 - En matière de Frais de Soins de Santé

Les garanties cessent :

> A la date d'effet de la résiliation par la personne morale souscriptrice du contrat obligatoire. Dans ce cas, le Membre Participant peut demander à la Mutuelle de devenir Membre Participant à titre individuel.

> A la date de rupture du contrat de travail du Membre Participant sous réserve des dispositions relatives à la portabilité ou de son passage dans une catégorie de personnel non visée par les Conditions Particulières.

> En cas de résiliation par la Mutuelle pour non-paiement des cotisations. Le contrat cesse en tout état de cause de produire effet pour tous les Membres Participants et ayants droit inscrits sur le bulletin d'adhésion au décès du Membre Participant.

Article 18.2 - En matière de décès

Les garanties cesseront immédiatement :

- A la date de résiliation de la garantie,
- En cas de rupture du contrat de travail,
- Lorsque le Membre Participant fait valoir son droit à la retraite.

Le décès et la reconnaissance d'une invalidité totale et permanente d'un Membre Participant ou d'un ayant droit, postérieurs à cette date n'ouvriront pas droit au versement des prestations.

Article 19 - Versement des prestations

Article 19.1 - En matière de Frais de Soins de Santé

Pour pouvoir bénéficier des prestations frais de soins de santé, le Membre Participant doit être à jour de ses cotisations et ses droits doivent être ouverts.

Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur le compte du Membre Participant.

Le remboursement des dépenses de frais de soins de santé par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Article 19.1.1 - Demandes de remboursement

Les prestations sont réglées uniquement sur pré-sentation de l'original du décompte de la Sécurité Sociale, sauf dans le cadre d'échanges de données informatisées. Les photocopies ou dupli-cata ne sont pas acceptés, sauf prestations spécifiques stipulées ci-dessous.

Si le montant des dépenses engagées (dépassement d'honoraires, etc...) n'est pas indiqué sur le décompte de la Sécurité sociale, il convient de joindre soit la photocopie de la feuille de maladie, soit la note d'honoraires du praticien.

Pour obtenir le versement de ses prestations, l'adhérent, sur demande de la Mutuelle, doit lui faire parvenir les documents originaux ou certifiés conformes en cas de remboursement préalable de tout ou partie du reste à charge par un autre organisme complémentaire tels qu'indiqués ci-dessous :

- Soins ambulatoires : facture détaillée acquittée
 - Soins externes hospitaliers : facture acquittée délivrée par l'établissement hospitalier
 - Soins dentaires : décompte du Régime Obligatoire et facture détaillée acquittée
 - Prothèses dentaires : facture détaillée acquittée par prothèse et décompte du Régime Obligatoire
 - Actes en série (soins infirmiers, orthophoniste,...) : décompte du Régime Obligatoire
 - Séjour : facture acquittée
 - Honoraires : facture détaillée acquittée et décompte du Régime Obligatoire
 - Lunettes et lentilles : facture détaillée acquittée et décompte du Régime Obligatoire
 - Prothèses médicales et Orthèses : facture détaillée acquittée et décompte du Régime Obligatoire
 - Cure thermale : décompte du Régime Obligatoire ou volet de cure acquitté en cas de tiers payant, factures d'hébergement et de transport (train, essence, attestation...)
 - Pharmacie : facture nominative acquittée
 - Orthodontie : facture détaillée précisant la date de début et de fin du semestre de soins
 - Prothèses auditives : facture acquittée
 - Frais d'accompagnement : facture nominative et acquittée de l'établissement hospitalier ou, en cas d'hébergement à l'extérieur du service, facture acquittée d'une maison de parents, d'un foyer d'accueil ou hôtel hospitalier mentionnant le nom du Membre Participant ou ayant droit hospitalisé et bulletin de situation
 - Prestations non prises en charge par le Régime Obligatoire : prescription médicale et facture nominative acquittée par un professionnel de santé
 - Pratique d'un sport en club sportif : photocopie de la licence sportive ou carte annuelle de membre d'un club de sport en cours de validité et justificatif de paiement
 - Prévention soleil : facture du pharmacien mentionnant les coordonnées de l'enfant, l'indice de protection de la crème et le montant TTC de la dépense engagée
 - Patchs anti douleur : facture du pharmacien mentionnant les coordonnées de l'enfant et le montant TTC de la dépense engagée.
- Les documents fournis pour obtenir le versement des prestations sont conservés par la Mutuelle.

Article 19.1.2 - Point de départ du délai de prescription

Les demandes de paiement de prestations doivent être produites dans les 24 mois.

Le point de départ de ce délai est fixé comme ci-après pour les prestations suivantes :

- Soins ambulatoires : date des soins
- Soins externes hospitaliers : date des soins
- Soins dentaires : date des soins
- Prothèses dentaires : date d'exécution
- Actes en série (soins infirmiers, kiné, orthophoniste,...) : date des derniers soins
- Séjour : date d'entrée
- Honoraires : date des soins
- Lunettes et lentilles acceptées par le Régime Obligatoire : date de facturation
- Lentilles refusées par le Régime Obligatoire : date de facturation
- Appareillage : date de facturation
- Cure thermale : date de fin de cure
- Pharmacie : date de facturation
- Orthodontie : date des soins

Article 19.2 - En matière de décès

Dès notification à la Mutuelle du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie, celle-ci enverra aux personnes concernées les formulaires nécessaires à la justification de la demande.

Les prestations garanties en cas d'invalidité totale et permanente ou de décès, seront versées au Membre Participant et/ou aux bénéficiaires sur production d'une demande de prestations accompagnée des pièces et justificatifs suivants :

• En cas de perte totale et irréversible d'autonomie :

- Une attestation de la Mutuelle précisant la date d'adhésion de l'assuré ainsi que la garantie souscrite,
- Un titre de pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie ou de rente d'accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne, émis par de la Sécurité Sociale.

• En cas de décès :

Les capitaux sont versés à la demande du bénéficiaire sur production des pièces et justificatifs suivants :

- une attestation de la Mutuelle précisant la date d'adhésion de l'assuré ainsi que la garantie souscrite,
- un acte de décès,
- un certificat d'héritié,
- un certificat médical indiquant si le décès relève d'une cause accidentelle, naturelle ou d'un suicide.

• En cas de décès par accident :

- Le procès-verbal de police ou de gendarmerie
- Les pièces justifiant des droits et de la qualité des bénéficiaires : identité, qualité et adresse,
- Un certificat de porte fort en cas de pluralité d'héritiers,
- La désignation de bénéficiaire complétée, datée et signée par l'assuré.

Il incombe aux bénéficiaires d'apporter la preuve de la relation directe entre l'accident et le décès ou l'invalidité totale et permanente. Par accident, on entend toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Article 20 - Contrôle médical

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations. En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.

La Mutuelle contrôle la réalité des dépenses ou des événements justifiant son intervention. Avant

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

Article 21 - Tiers-payant

Pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle a signé directement ou par l'intermédiaire de groupements dont elle utilise les services, des conventions de tiers-payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé.

La Mutuelle assure ainsi directement, dans la limite des garanties souscrites, la prise en charge des dépenses engagées par le Membre Participant ou, le cas échéant, par ses ayants droit.

L'adhésion à la Mutuelle entraîne, ipso facto, procuration générale et permanente donnée à celle-ci pour encaisser, aux lieux et place du Membre Participant de ladite Mutuelle, les prestations dues à celle-ci par la caisse primaire de Sécurité Sociale ou par l'organisme de gestion du régime spécial auquel il est affilié.

Le Membre Participant est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte. A défaut, la Mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

Article 22 - Pluralité de couvertures

Les remboursements ou les indemnités 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 toutes natures auxquels il a droit.

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

Le Membre Participant ou l'ayant droit recevant de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la Mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Si le bénéficiaire est partiellement garanti par une police individuelle d'accident, la Mutuelle ne prend à sa charge que les frais non couverts par la police dans la limite de ses tarifs de responsabilité et des clauses de ses Statuts.

Article 23 - Engagement de l'adhérent en cas de déclaration d'accident ou de pluralité d'assurance

Article 23.1 - Obligation de déclaration d'accident

Le Membre Participant ou l'ayant droit s'engage à informer la Mutuelle de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers.

La Mutuelle est subrogée de plein droit aux Membres Participants et/ou ayants droit victimes d'un accident, dans leur action contre le tiers responsable, que la responsabilité de ce dernier soit entière ou partagée, dans la limite des dépenses qu'elle a supportées et 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 aux préjudices esthétiques 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.

Article 23.2 - Obligation de déclaration en cas de pluralité d'assurance

Le Membre Participant ou l'ayant droit s'engage à informer la Mutuelle, lorsqu'il bénéficie d'une garantie de même nature que celles objet des présentes Conditions Générales, pour la mise en application des dispositions relatives à la pluralité d'assurances.

Article 24 - Prescription

Toute action dérivant du contrat se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance conformément à l'article L.221-11 du Code de la mutualité.

La prescription est portée à dix ans pour le risque décès lorsque le bénéficiaire en cas de décès est l'ayant droit du Membre Participant décédé.

Toutefois, ce délai ne court :

- 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,
- 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.

Dans le cas où l'ayant droit ou le bénéficiaire est mineur ou placé sous régime de protection légale, ce délai ne commence à courir qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa pleine capacité juridique.

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

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du Code civil :

- Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- Demande en justice, même en référé,
- Acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue conformément aux termes de l'article L221-12 du Code de la mutualité dans les cas ci-après :

- Désignation d'expert à la suite d'un sinistre,
- Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par la Mutuelle à l'assuré en ce qui concerne le paiement de la cotisation ; par l'assuré à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité).

En application de l'article L221-12-1 du Code de la mutualité et par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

D/ EXCLUSIONS

Article 25 - Exclusions en matière de garantie décès

La Mutuelle ne prend pas en charge les risques suivants :

- le suicide volontaire et conscient de l'assuré au cours de la première année de l'adhésion (article L.223-9 du Code de la mutualité),
- le meurtre de l'assuré par le bénéficiaire,
- les faits de guerre étrangère, lorsque la

France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,

- les faits résultant directement ou indirectement de guerre civile ou étrangère,
- les émeutes, insurrections, actes de terrorisme ou sabotage, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active,
- tout cataclysme tel que tremblement de terre ou inondation,
- les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ainsi que des effets de la radiation provoquée par l'accélération artificielle des particules,
- le fait intentionnellement causé ou provoqué par l'assuré ou l'ayant droit,

- l'acte effectué sous l'emprise de l'ivresse, si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le Code de la route, ou sous l'usage de stupéfiants ou de drogues non prescrits médicalement,
- les démonstrations, raids, acrobaties, compétitions et tentatives de records, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,
- les vols sur appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- la pratique de sports aériens, automobiles, motocyclistes ou motonautiques à titre professionnel ou amateur, et de tous les autres sports à titre professionnel.

Article 26 - Fausse déclaration

Conformément à l'article L221-14 du Code de la mutualité, 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 qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Lorsque l'adhésion à la Mutuelle ou à l'union résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou dans un accord professionnel ou interprofessionnel, les deux précédents alinéas ne s'appliquent pas.



Agissez pour le recyclage des papiers avec Apréva mutuelle et Ecofolio.

Siège social : 20 boulevard Papin - B.P.1173 - 59012 LILLE Cedex
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité - SIREN n° 775 627 391
www.apreva.fr

Apréva mutuelle

