Conditions générales Harmonie Mutuelle

Harmonie mutuelle

En harmonie avec votre santé

HM.CG.Ent 01-2013

Sommaire

CHAPITRE PRÉLIMINAIRE Le contrat collectif ..... Pages 4 à 5

Article 1 **Objet du contrat**

Article 2 **Risques couverts**

Article 3 **Contrats solidaires et responsables**

Article 4 **Statuts et règlement intérieur de la mutuelle**

Article 5 **Territorialité**

Article 6 **Date d'effet et durée du contrat**

Article 7 **Modification du contrat**

Article 8 **Obligations du souscripteur**

8.1 À la souscription

8.2 En cours de contrat

Article 9 **Information des adhérents**

Article 10 **Résiliation du contrat**

10.1 Résiliation à l'initiative de la mutuelle

10.2 Résiliation à l'initiative du souscripteur

CHAPITRE I Dispositions générales ..... Pages 5 à 7

Article 11 **L'adhésion individuelle à la mutuelle**

11.1 Catégorie éligible

11.2 Bénéficiaires des garanties

11.3 Garantie des ayants droit de l'adhérent

11.4 Prise d'effet de l'adhésion à la souscription du contrat

11.5 Prise d'effet de l'adhésion en cours de contrat

11.6 Durée de l'adhésion

Article 12 **Événements survenant en cours d'adhésion**

12.1 Nouveaux bénéficiaires

12.2 Autres modifications

Article 13 **Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité**

13.1 A l'initiative de l'adhérent

13.2 A l'initiative de la mutuelle

13.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion

Article 14 **Maintien de couverture**

CHAPITRE II Garanties frais de santé ..... Pages 7 à 9

Article 15 **Cadre général**

15.1 Date d'entrée en vigueur des garanties

15.2 Base de remboursement

15.3 Pluralité de garanties frais de santé

15.4 Limites de remboursement

15.5 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés

15.6 Non prise en charge de certaines prestations

Article 16 **Versement des prestations**

16.1 Règlement des prestations

16.2 Contrôle

CHAPITRE III Cotisations ..... Pages 9 à 10

Article 17 **Détermination et mode de calcul de la cotisation**

17.1 Fixation de la cotisation

17.2 Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

Article 18 **Évolution de la cotisation**

18.1 Révision de la cotisation

18.2 Revalorisation

Article 19 **Paiement de la cotisation**

19.1 Règlement de la cotisation

19.2 Incident de paiement

19.3 Non-paiement de la cotisation

CHAPITRE IV Dispositions diverses ..... Pages 10 à 11

Article 20 **Couverture des accidents**

20.1 Recours subrogatoire

20.2 Déclaration d'accident

20.3 Cas particulier des accidents sportifs et scolaires

20.4 Tiers payant en cas d'accident

Article 21 **Prescription**

Article 22 **Élection de domicile**

Article 23 **Informatique et libertés**

Article 24 **Échanges de données informatisées**

Article 25 **Autorité de contrôle**

Chapitre préliminaire

LE CONTRAT COLLECTIF

Article 1 • Objet du contrat

Le présent contrat, régi par le Code de la Mutualité, a pour objet de définir les conditions dans lesquelles la mutuelle assure des garanties frais de santé, telles que définies aux conditions particulières.

Il est souscrit par un employeur ou par une personne morale (dénommée ci-après le souscripteur) au bénéfice de ses salariés ou de ses membres relevant des catégories visées aux conditions particulières. Le salarié ou le membre de la personne morale souscriptrice signe un bulletin d'adhésion et devient ainsi membre participant de la mutuelle. Il bénéficie alors des prestations définies au contrat et en ouvre le bénéfice à ses ayants droit dès lors qu'ils sont inscrits au bulletin d'adhésion, ceci dans les conditions et limites définies aux conditions générales et particulières du présent contrat. Il est ci-après dénommé adhérent.

Article 2 • Risques couverts

Les garanties frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance maladie obligatoire.

Article 3 • Contrats solidaires et responsables

La mutuelle a fait le choix de s'inscrire dans le dispositif des contrats solidaires et responsables. À ce titre, le présent contrat respecte les critères suivants :

- aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhérent ou à ses ayants droit ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés ;
- les garanties respectent les exclusions et obligations minimales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable.

Article 4 • Statuts et règlement intérieur de la mutuelle

Lors de la conclusion du contrat, le souscripteur reconnait avoir reçu un exemplaire des statuts et du règlement intérieur de la mutuelle et en avoir pris connaissance.

Article 5 • Territorialité

Les garanties du contrat s'exercent en France métropolitaine, et dans les départements et régions français d'Outre-mer (DROM).

En outre, elles s'appliquent à l'étranger sous condition d'intervention du régime d'Assurance maladie obligatoire français de l'assuré. Le règlement de prestations est effectué en euros.

Article 6 • Date d'effet et durée du contrat

Le contrat prend effet à la date mentionnée aux conditions particulières et vient à échéance le 31 décembre de l'année civile en cours.

Il est ensuite renouvelé par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sauf demande de dénonciation par l'une ou l'autre des parties dans les conditions définies à l'article *Résiliation du contrat*.

Article 7 • Modification du contrat

La mutuelle et le souscripteur conviennent de se communiquer réciproquement, dès qu'ils en ont connaissance, tout fait ou tout acte juridique susceptible de modifier les conditions d'application du contrat.

Toute modification du présent contrat est constatée par un avenant signé des parties qui précise la date d'effet de cette modification. Cette modification donnera lieu, le cas échéant, à la remise d'une nouvelle notice d'information.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative, l'adhérent peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice, dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

Article 8 • Obligations du souscripteur

8.1 À la souscription

Le souscripteur doit fournir à chaque adhérent un bulletin d'adhésion, la notice d'information rédigée par la mutuelle, ainsi que les statuts et le règlement intérieur de la mutuelle.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

Le souscripteur doit affilier au contrat la totalité des salariés de la catégorie éligible visée aux conditions particulières, sous réserve des cas de dispense admis par les réglementations sociales et fiscales et précisés dans l'acte juridique mis en place au sein de l'entreprise, pour l'ensemble des garanties souscrites.

8.2 En cours de contrat

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

Le souscripteur doit affilier les nouveaux salariés de la catégorie éligible visée aux conditions particulières et leur fournir un bulletin d'adhésion, la notice d'information rédigée par la mutuelle, ainsi que les statuts et le règlement intérieur de la mutuelle.

Le bulletin d'adhésion doit être adressé par le souscripteur à la mutuelle dans le mois de l'embauche.

Le souscripteur doit déclarer à la mutuelle tous les mouvements dans la liste des salariés et ayants droit pour le 20 de chaque mois. Les cotisations d'un adhérent et/ou ayants droit, dont le départ n'aurait pas été signalé à la fin de la période mensuelle et qui de ce fait, aurait ainsi que ses ayants droit, indûment perçu des prestations sont acquises à la mutuelle.

Article 9 • Information des adhérents

Le souscripteur s'engage à remettre à chaque adhérent la notice d'information en vigueur établie par la mutuelle. Ce document définit les garanties prévues par le contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à remplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des exclusions, des limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Article 10 • Résiliation du contrat

10.1 Résiliation à l'initiative de la mutuelle

La mutuelle peut résilier le contrat collectif :

- annuellement, par lettre recommandée, au plus tard le 31 octobre de l'année civile lorsque le contrat collectif est à adhésion obligatoire ;
- dans tous les cas, en cours d'année, en cas de non-paiement des cotisations par le souscripteur, dans les conditions prévues à l'article *Non paiement de la cotisation* ;
- dans l'hypothèse d'une procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire ouverte à l'encontre du souscripteur, un mois après la mise en demeure adressée au mandataire judiciaire et en cas de silence de celui-ci sur la poursuite du contrat collectif.

10.2 Résiliation à l'initiative du souscripteur

Le souscripteur peut résilier le contrat collectif annuellement, par lettre recommandée au plus tard le 31 octobre de l'année civile.

En cas de procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire ouverte à l'encontre du souscripteur, les garanties subsistent sous réserve du paiement des cotisations. L'administrateur judiciaire ou le liquidateur peut résilier le contrat par lettre recommandée avec avis de réception. La résiliation prend effet au 1er jour du mois qui suit la date de réception par la mutuelle.

Chapitre 1

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 11 • L'adhésion individuelle à la mutuelle

11.1 Catégorie éligible

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

L'adhésion au contrat est réservée aux salariés éligibles du souscripteur visés aux conditions particulières du contrat.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

L'adhésion au contrat est réservée aux salariés éligibles ou aux membres du souscripteur visés aux conditions particulières du contrat.

11.2 Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites au bulletin d'adhésion et couvertes par un régime d'Assurance maladie obligatoire français à savoir :

- l'adhérent

les ayants droit suivants :

- le conjoint, concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, jusqu'au 31 décembre qui suit son 20e anniversaire ou son 28e anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle ;
- les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire français.

11.3 Garantie des ayants droit de l'adhérent

La garantie des ayants droit de l'adhérent est la même que celle de l'adhérent.

11.4 Prise d'effet de l'adhésion à la souscription du contrat

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

Pour les salariés présents à l'effectif du souscripteur et entrant dans la catégorie éligible visée aux conditions particulières à la date d'effet du contrat collectif, l'adhésion prend effet à cette même date.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

Si le salarié ou le membre adhère au contrat collectif, à la date d'effet du contrat, son adhésion prend effet au 1er jour du mois de signature du bulletin d'adhésion et au plus tôt à la date d'effet du contrat.

11.5 Prise d'effet de l'adhésion en cours de contrat

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

Pour les salariés embauchés postérieurement à la date d'effet du contrat collectif, l'adhésion prend effet à la date d'embauche ou à la date d'entrée dans la catégorie éligible visée aux conditions particulières.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

Si le salarié ou le membre adhère ultérieurement au contrat collectif, l'adhésion prend effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la mutuelle.

11.6 Durée de l'adhésion

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

L'adhésion au présent contrat produit ses effets jusqu'à la survenance de l'un des événements de l'article *Résiliation à titre exceptionnel*.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

L'adhésion au présent contrat produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée de un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article *Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité.*

Article 12 • Événements survenant en cours d'adhésion

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer au souscripteur et/ou à la mutuelle, dans un délai de 1 mois à compter de sa survenance tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoire français. Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

Toute modification d'un de ces critères en cours d'année pourra entraîner le cas échéant une modification du montant de la cotisation.

12.1 Nouveaux bénéficiaires

La date d'effet des modifications demandées est précisée ci-dessous :

Bénéficiaires	Date d'effet de la modification
Nouveau bénéficiaire suite à naissance ou adoption	Au 1er jour du mois de naissance ou d'adoption et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande.
Nouveau bénéficiaire suite à mariage, concubinage ou signature d'un pacte civil de solidarité	Au 1er jour du mois suivant la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande.
Autres bénéficiaires	Au 1er jour du mois suivant la réception de la demande

12.2 Autres modifications

Les autres modifications prendront effet au 1er jour du mois suivant la réception de leur demande par la mutuelle.

Article 13 • Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité

13.1 A l'initiative de l'adhérent

Résiliation en fin d'année

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

L'adhérent peut mettre fin à la garantie en adressant à la mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année.

La demande de résiliation ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année civile. En contrepartie, la garantie est due par la mutuelle jusqu'à cette même date.

Radiation d'un de ses ayants droit

L'adhérent peut demander la radiation d'un de ses ayants droit en adressant à la mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année.

La demande de radiation d'un ayant droit, ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année civile. En contrepartie, la garantie est due par la mutuelle jusqu'à cette même date.

Résiliation à titre exceptionnel

A titre exceptionnel, il peut être mis fin aux garanties en cours d'année, pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ou facultative

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Résiliation du contrat collectif entre le souscripteur et la mutuelle	Jour de la prise d'effet de la résiliation du contrat collectif
Rupture du contrat de travail	La résiliation prend effet au 1er jour du mois suivant la survenance de l'événement **sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.** Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande
Passage dans une catégorie éligible non visée par les conditions particulières	
Rupture du lien existant entre l'adhérent et le souscripteur	
Décès de l'adhérent	La résiliation prend effet au jour du décès.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français par l'adhérent	La résiliation prend effet au 1er jour du mois suivant la survenance de l'événement **sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.** Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande
Attribution de la CMU à l'adhérent	
Modification du contrat dans les conditions prévues à l'article *Modification du contrat*	

La mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut être radié

en cours d'année pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous :

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français de l'ayant droit	La radiation prend effet au 1er jour du mois suivant la survenance de l'événement **sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.** Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de 3 mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande.
Attribution de la CMU à l'ayant droit	
Adhésion de l'ayant droit à un contrat collectif obligatoire	
Décès de l'ayant droit	La radiation prend effet au jour du décès.
Divorce ou séparation	La radiation prend effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande.

La partie de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la radiation est mise en acompte à valoir sur le paiement de la prochaine cotisation due par l'adhérent.

13.2 A l'initiative de la mutuelle

En cas de non-paiement

La mutuelle peut résilier les garanties en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues à l'article *Non paiement de la cotisation.*

Nullité en cas de fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées à l'adhérent par la mutuelle sont nulles 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 l'adhérent 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.

13.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion, ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la mutuelle. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage...) ayant eu lieu après cette date.

A compter de la date d'effet de résiliation, de radiation ou encore d'exclusion, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à retourner à la mutuelle la ou les cartes mutualistes qui lui ouvraient des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

Article 14 • Maintien de couverture

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 dite loi Evin du 31 décembre 1989, peuvent dans les cas visés ci-après demander le maintien auprès de la mutuelle de la couverture santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- les anciens adhérents salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ;
- les personnes garanties du chef de l'adhérent salarié décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation du contrat collectif, la mutuelle peut accepter le maintien d'une couverture d'assurance individuelle sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médicaux, sous réserve que l'adhérent salarié en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat.

Chapitre II
GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Article 15 • Cadre général

15.1 Date d'entrée en vigueur des garanties

L'adhérent et ses ayants droit mentionnés au bulletin d'adhésion bénéficient des garanties de la mutuelle à compter de la date d'effet indiquée sur celui-ci.

Les prestations sont assurées pendant la période d'effet de la garantie sous réserve du paiement de la cotisation dans les conditions fixées à l'article *Paiement de la cotisation.*

15.2 Base de remboursement

Sauf autres dispositions indiquées au tableau descriptif des garanties, le remboursement de la mutuelle est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

En cas de modification des actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (N.G.A.P.) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (C.C.A.M.), ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, les montants des remboursements de la mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif des garanties, avant la modification.

15.3 Pluralité de garanties frais de santé

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes complémentaires produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

15.4 Limites de remboursement

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.

Les remboursements de frais d'obsèques, lorsqu'ils sont prévus à la garantie, sont effectués dans la limite des frais engagés et du montant garanti précisé dans le tableau descriptif des garanties.

15.5 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés

Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, et de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

- **les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues au paragraphe II et III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale ;**
- **la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;**
- **la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ou à le compléter ;**
- **les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés.**

15.6 Non prise en charge de certaines prestations

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la mutuelle :

- **les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance maladie obligatoire ;**
- **les cures médicales en établissement de personnes âgées, les séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées ;**
- **les frais de concession et de rapatriement.**

Article 16 • Versement des prestations

16.1 Règlement des prestations

Calcul des prestations

Les prestations sont calculées sur la base des tarifs de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire en vigueur à la date de référence telle que définie ci dessous ou sur des valeurs forfaitaires, déduction faite, le cas échéant, du remboursement du Régime obligatoire, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger. Dans ce dernier cas, le remboursement se fait sur la base du tarif de responsabilité des régimes d'assurance maladie obligatoire français.

Lorsqu'au tableau descriptif des garanties figurant aux conditions particulières, les prestations sont exprimées en pourcentage, la mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire.

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

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

Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations sont :

- les dates de facturation pour la pharmacie, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins, la contraception féminine ;
- les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et paramédicaux, le dentaire, les examens de pré traitements et de contention en orthodontie, la médecine douce telle que définie dans le tableau descriptif de la garantie choisie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, la chirurgie correctrice de l'œil, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire,
- les dates de début et fin de séjour pour :
  - les cures thermales,
  - l'hospitalisation* ou la maternité**

  ** Chambre particulière et frais d'accompagnement pris en charge uniquement en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).*

  ***Chambre particulière prise en charge uniquement en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).*
- la date de naissance ou d'adoption pour l'indemnité de frais d'accouchement sous réserve de respect des conditions d'inscription décrites à l'article Nouveaux bénéficiaires,
- la date de survenance du décès,
- les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie.

Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- des originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire,
- des documents nécessaires à la mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent ou ses ayants droit (notes d'honoraires ou factures détaillées et acquittées, ou tout autre document justificatif),
- si nécessaire, des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'Assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit.

Pour les garanties pour lesquelles il est nécessaire de connaître la position de la dent et le matériau utilisé, un devis ou une facture détaillée doit être fourni(e) à la mutuelle. En leur absence les prestations seront calculées sur la base du remboursement minimal prévu par le tableau descriptif des garanties.

La prestation obsèques indemnitaires, prévue pour certaines garanties, a pour objet d'assurer le remboursement des frais obsèques engagés suite au décès d'une personne garantie. La prestation est versée à la personne ayant supporté les frais sur présentation d'une facture acquittée et d'une copie d'acte de décès.

L'adhérent ou ses ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la mutuelle sans avoir recours aux originaux des décomptes reçus par l'adhérent ou ses ayants droit, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre mutuelle » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque l'adhérent ou ses ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la mutuelle des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

Information et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros. Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée.

Dans le cas où des accords ont été passés avec des professionnels de santé et/ou des établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais, les remboursements convenus sont alors adressés directement à ces professionnels de santé ou établissements.

16.2 Contrôle

Afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (N.G.A.P.) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (C.C.A.M.) ainsi qu'aux conditions d'attribution de ses prestations, la mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives aux professionnels de santé et éventuellement par expertise médicale.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes concernés ne donneront pas lieu à prise en charge par la mutuelle.

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

Chapitre III
COTISATIONS

Article 17 • Détermination et mode de calcul de la cotisation

17.1 Fixation de la cotisation

Les cotisations sont déterminées par année civile. Les montants ou les taux sont précisés dans les conditions particulières. Elles sont déterminées en fonction du niveau de garanties choisi par le souscripteur et du régime d'Assurance maladie obligatoire dont dépendent les adhérents.

17.2 Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

En fonction de leurs revenus, certains adhérents peuvent de droit bénéficier d'une réduction de cotisation appelée « Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé» dont les conditions d'attribution et les montants sont déterminés par les pouvoirs publics. Pour bénéficier de cette réduction, l'adhérent doit remettre à la mutuelle une attestation délivrée par la Caisse d'Assurance maladie dont il dépend.

Les modalités de cette réduction de cotisation sont définies aux articles L 863-1 et suivants du code de la Sécurité sociale.

Article 18 • Évolution de la cotisation

18.1 Révision de la cotisation

En cas de modifications d'ordre conventionnel, règlementaire ou législatif modifiant la portée des engagements de la mutuelle, les cotisations peuvent être révisées, au plus tôt, à compter de la date d'effet de ces nouvelles dispositions. Cette révision peut notamment tenir compte :

- de l'assujettissement éventuel à de nouvelles taxes, contributions applicables aux mutuelles ou des modifications apportées à ces taxes ou contributions,
- de l'évolution des taux de prise en charge par le régime obligatoire, des tarifs de responsabilité et du forfait journalier hospitalier,
- de l'évolution des règles conventionnelles entre organismes du régime d'Assurance maladie obligatoire et professionnels de santé.

Le souscripteur conserve néanmoins la possibilité de demander la résiliation du contrat dans les 30 jours suivant la date d'envoi de la révision par la mutuelle. La résiliation prendra effet le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande de résiliation.

18.2 Revalorisation

Les cotisations évoluent par ailleurs à chaque échéance annuelle en fonction, d'une part, du résultat technique global constaté par la mutuelle pour l'ensemble du portefeuille collectif, du résultat technique propre à chaque famille de contrats, de modifications intervenues dans la démographie de la catégorie assurable du présent contrat, et d'autre part, des prévisions des dépenses de santé au plan national.

Les revalorisations annuelles sont transmises au souscripteur avant le 31 octobre de chaque année.

Article 19 • Paiement de la cotisation

19.1 Règlement de la cotisation

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

La cotisation est payée par le souscripteur au vu d'un appel de cotisations et suivant les modalités définies aux conditions particulières (précompte de la cotisation).

Si l'assiette des cotisations est basée sur la masse salariale, le souscripteur doit accompagner son paiement d'une déclaration mentionnant les éléments ayant servi de référence, pour déterminer les cotisations, pour la période concernée.

Le souscripteur devra adresser à la mutuelle, une régularisation annuelle détaillée par salarié.

Pour les salariés nouvellement inscrits, la cotisation est due à compter du jour d'embauche ou du jour d'entrée dans la catégorie éligible visée aux conditions particulières.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

La cotisation est payée par le souscripteur au vu d'un appel de cotisations (précompte de la cotisation) et/ou par l'adhérent par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou postal et suivant les modalités définies aux conditions particulières.

Dans l'hypothèse d'un appel de cotisation auprès de l'adhérent, celui-ci s'engage à régler une cotisation pour lui-même et l'ensemble des ayants droit désignés au bulletin d'adhésion. La cotisation est due pour l'année civile et payable d'avance. Son paiement peut être fractionné suivant les modalités définies aux conditions particulières.

19.2 Incident de paiement

En cas d'incident de paiement, la mutuelle se réserve le droit :

- de supprimer les facilités de paiements qu'elle a accordées ;
- d'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure) ;
- d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

19.3 Non-paiement de la cotisation

En cas de précompte de la cotisation par le souscripteur

A défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la mutuelle au souscripteur d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la mutuelle, les garanties sont résiliées si le souscripteur n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

En application de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, la mutuelle informe chaque adhérent de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la mise en demeure au souscripteur, chaque adhérent pouvant se substituer au souscripteur pour le paiement des cotisations.

Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la mutuelle de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

En l'absence de précompte de la cotisation par le souscripteur

A défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la mutuelle à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la mutuelle, les garanties sont résiliées si l'adhérent n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Au cas où le paiement de la cotisation annuelle serait fractionné, la suspension des garanties intervenue du fait du non-paiement d'une fraction de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la mutuelle de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

En cas de règlement de la cotisation pour partie par le souscripteur et pour partie par l'adhérent

Le défaut de paiement de l'un des deux payeurs entraîne la résiliation des garanties si la part de cotisation n'a pas été réglée quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

À défaut de paiement de la cotisation par le souscripteur, la part de la cotisation payée par l'adhérent afférente au temps pendant lequel la mutuelle ne couvre plus le risque, lui est remboursée.

Chapitre IV
DISPOSITIONS DIVERSES

Article 20 • Couverture des accidents

La mutuelle prend à sa charge les frais occasionnés par les accidents dans les conditions prévues au présent contrat et selon les modalités prévues ci-après.

Elle se réserve le droit d'effectuer un recours subrogatoire en cas de tiers responsable.

20.1 Recours subrogatoire

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à un de ses ayants droit, victime d'un accident, dans ses droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Sont également concernés les accidents d'origine sportive ou scolaire.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par la mutuelle, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

20.2 Déclaration d'accident

L'adhérent ou son mandataire doit, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, faire à la mutuelle, dans les délais les plus brefs, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par la Sécurité sociale, soit par la mutuelle.

A défaut d'information par l'adhérent, la mutuelle se réserve le droit de faire application de l'article 15 de la loi n°85.677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs, un droit de recours contre la victime de l'accident.

20.3 Cas particulier des accidents sportifs et scolaires

La mutuelle est signataire de conventions avec des organismes spécialisés dans les domaines des assurances scolaires ou sportives, elle participe aux remboursements des frais dans les limites fixées par voie conventionnelle, cette participation ne pouvant excéder 50 % des frais évalués sur le tarif de responsabilité.

20.4 Tiers payant en cas d'accident

Dans tous les cas, si les frais ne lui incombent pas ou ne lui incombent que partiellement, et si la mutuelle effectue le tiers payant des frais à titre d'avance, elle pourra intervenir en tiers payant subrogé de plein droit dans son action contre le responsable ou l'organisme à qui incombe la totalité ou une partie des frais.

Article 21 • Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion au présent contrat se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance.
- 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 de l'adhérent ou de l'ayant droit 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 l'adhérent ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 22 • Élection de domicile

Pour la souscription et l'exécution du contrat, les parties conviennent d'élire domicile en leurs sièges sociaux respectifs.

Si le souscripteur a son siège social en dehors du territoire de la France métropolitaine, il doit désigner dans ce territoire un correspondant qui se porte garant de l'exécution notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations.

Article 23 • Informatique et libertés

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'adhérent et ses ayants droit peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant sur tout fichier à l'usage de la mutuelle. Pour exercer ce droit et pour s'opposer sans frais à l'utilisation à des fins de prospection commerciale de ces informations, il suffit de s'adresser au siège social de la mutuelle.

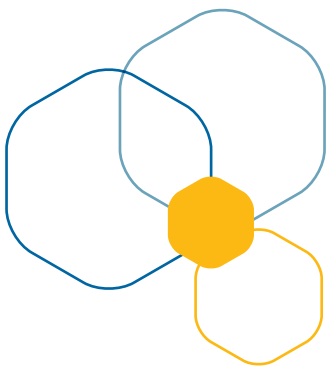
Article 24 • Échanges de données informatisées

L'adhérent et ses ayants droit sont référencés dans les fichiers de l'Assurance maladie et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la mutuelle et leur caisse d'Assurance maladie dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les adhérents ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la mutuelle.

Article 25 • Autorité de contrôle

Le présent contrat est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (A.C.P.), située au 61, rue Taitbout, 75436 PARIS cedex 09



Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II
du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro
Siren 538 518 473. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.