



Prévoyance



Santé

SALARIÉS CADRES

Régime de prévoyance et frais de santé CERFRANCE

Notice d'information

CCPMA PRÉVOYANCE



Groupe AGRICA

Titre 1 —	Présentation de votre régime de protection sociale complémentaire	04
	ARTICLE 1-1 OBJET	04
	ARTICLE 1-2 DURÉE	04
	ARTICLE 1-3 BÉNÉFICIAIRES	04
	ARTICLE 1-4 AFFILIATION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES	04
	ARTICLE 1-5 CESSATION D'AFFILIATION ET FIN DES GARANTIES	05
	ARTICLE 1-6 DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	05
	ARTICLE 1-7 COTISATIONS	06
	ARTICLE 1-8 RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE	06
	ARTICLE 1-9 PRESCRIPTION	06
	ARTICLE 1-10 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	07
	ARTICLE 1-11 RÉCLAMATIONS – MÉDIATION	07
	ARTICLE 1-12 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	07
Titre 2 —	Vos garanties de prévoyance	08
	ARTICLE 2-1 GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	08
	ARTICLE 2-2 GARANTIE INCAPACITÉ PERMANENTE DE TRAVAIL	08
	ARTICLE 2-3 REVALORISATION DES PRESTATIONS INCAPACITÉ DE TRAVAIL	09
	ARTICLE 2-4 CUMUL DES PRESTATIONS INCAPACITÉ DE TRAVAIL	09
	ARTICLE 2-5 CONTRÔLE MÉDICAL DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL	09
	ARTICLE 2-6 GARANTIE DÉCÈS	09
	ARTICLE 2-7 EXCLUSIONS DES GARANTIES DE PRÉVOYANCE	13
	ARTICLE 2-8 PORTABILITÉ	13
Titre 3 —	Votre garantie frais de santé	14
	ARTICLE 3-1 OBJET	14
	ARTICLE 3-2 BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES	14
	ARTICLE 3-3 STRUCTURE TARIFAIRE	14
	ARTICLE 3-4 MONTANT DES GARANTIES	14
	ARTICLE 3-5 GARANTIES PROPOSÉES À TITRE INDIVIDUEL ET FACULTATIF	14
	ARTICLE 3-6 LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE SANTÉ	16
	ARTICLE 3-7 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	16
	ARTICLE 3-8 RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	16
	ARTICLE 3-9 CESSATION DES GARANTIES POUR LES AYANTS DROIT	16
	ARTICLE 3-10 MAINTIEN DES GARANTIES	16
Titre 4 —	Maintien des garanties prévoyance et frais de santé au titre de la portabilité	18
	ARTICLE 4-1 PRÉSENTATION DU DISPOSITIF	18
	ARTICLE 4-2 BÉNÉFICIAIRES	18
	ARTICLE 4-3 OUVERTURE ET DURÉE DES DROITS À PORTABILITÉ	18
	ARTICLE 4-4 VOS OBLIGATIONS	18
	ARTICLE 4-5 PRESTATIONS	18
	ARTICLE 4-6 CESSATION DE LA PORTABILITÉ	18
Titre 5 —	Pièces à fournir pour le règlement des prestations	20
	ARTICLE 5-1 VERSEMENT DES PRESTATIONS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL	20
	ARTICLE 5-2 VERSEMENT DES PRESTATIONS DÉCÈS	20
	ARTICLE 5-3 VERSEMENT DES PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ	21
Annexe 1 —	Définitions	22
Annexe 2 —	Tableaux de la garantie frais de santé	24
Annexe 3 —	Tableau de la garantie assistance	29
Annexe 4 —	Extrait des statuts et règlement mutualiste CCMO MUTUELLE	34

Préambule

Par accord national du 6 novembre 2012, les partenaires sociaux de la convention collective nationale du réseau CERFRANCE ont souhaité mettre en place un nouveau régime complémentaire de prévoyance et frais de santé.

Votre régime de prévoyance et frais de santé est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2013. Il permet à l'ensemble du personnel des entreprises du réseau CERFRANCE de bénéficier d'une protection sociale complémentaire en matière de garanties :

- incapacité temporaire et permanente de travail ;
- décès ;
- frais de santé.

Il a été modifié par l'avenant 2 du 15 novembre 2017 qui entre en vigueur au 1^{er} janvier 2018.

CCPMA PRÉVOYANCE, est l'assureur du régime de prévoyance et coassureur du régime frais de santé avec CCMO Mutuelle.

La présente notice a pour objet de vous présenter l'ensemble des garanties prévues par ce régime ainsi que les modifications issues de l'avenant n° 2.

Titre 1 — Présentation de votre régime de protection sociale complémentaire

ARTICLE 1-1 **Objet**

Le régime de protection sociale complémentaire défini par l'accord national du 6 novembre 2012 et ses avenants vous permettent de bénéficier de garanties de prévoyance et frais de santé.

Ce régime est mis en œuvre par CCPMA PRÉVOYANCE et CCMO MUTUELLE dans le cadre d'un contrat collectif et obligatoire auquel adhère votre employeur.

ARTICLE 1-2 **Durée**

Le contrat expire le 31 décembre de son année de souscription et se renouvelle au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction.

ARTICLE 1-3 **Bénéficiaires**

Bénéficiaire des dispositions de la présente Notice d'information les salariés cadres relevant du régime de retraite complémentaire Agirc (articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947 et article 36 de son annexe 1), employés au sein d'une entreprise relevant de l'accord national du 6 novembre 2012 et exerçant leur activité sur le territoire métropolitain ou dans les départements et régions d'outre-mer (DROM).

ARTICLE 1-4 **Affiliation et prise d'effet des garanties**

1. PRINCIPE : AFFILIATION OBLIGATOIRE

Votre affiliation prend effet :

- à la date à laquelle votre entreprise adhère au régime, lorsque votre affiliation est concomitante à l'adhésion de l'entreprise ;
- à compter de votre date d'embauche ou de promotion, lorsque vous êtes engagé ou promu postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de votre entreprise.

2. RÈGLES SPÉCIFIQUES POUR LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Par dérogation à l'affiliation obligatoire, et sans préjudice des cas de dispenses d'ordre public prévus par les textes législatifs et réglementaires en vigueur, vous pouvez choisir d'être

dispensé de cotiser à la garantie frais de santé si vous êtes dans l'une des situations suivantes :

- vous bénéficiez, à la date d'adhésion de votre entreprise ou de votre embauche si elle est postérieure, de la CMU-Complémentaire (CMU-C) ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Cette dispense n'est valable que jusqu'à la fin de cette couverture ou de cette aide. Ensuite, vous devrez obligatoirement être affilié au régime ;
- vous exercez votre activité chez plusieurs employeurs et bénéficiez d'une couverture collective et obligatoire du fait de cette autre activité exercée simultanément ;
- vous êtes salarié ou apprenti sous contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois et avez souscrit une couverture individuelle frais de santé par ailleurs ;
- vous êtes salarié ou apprenti sous contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois ;
- vous exercez une activité à temps partiel, ou vous êtes apprenti, et n'avez qu'un seul employeur, dès lors que la part de votre cotisation frais de santé est supérieure à 10 % de votre rémunération brute ;
- vous êtes couvert pour les mêmes risques à titre collectif et obligatoire par votre conjoint ;
- votre conjoint travaille dans la même entreprise que vous. L'un de vous est alors affilié en tant que salarié et l'autre en tant qu'ayant droit.

Si vous vous trouvez dans l'une de ces situations et que vous voulez être dispensé de cotiser à la garantie frais de santé, vous devez en faire la demande par écrit à votre employeur.

Votre demande doit être effectuée au plus tard :

- dans le mois qui suit l'adhésion de l'entreprise ;
- ou dans le mois qui suit votre embauche, si vous êtes nouvellement embauché.

Vous devez indiquer dans votre demande de dispense que votre employeur vous a préalablement informé des conséquences de votre choix, à savoir que vous n'êtes pas redevable de la cotisation pendant la période de dispense.

Vous devez également produire à votre employeur, lors de la demande, puis chaque année, les pièces justificatives lui permettant de vérifier que les conditions nécessaires pour bénéficier de la dispense d'affiliation sont remplies.

Préalablement à votre demande de dispense, votre employeur doit vous informer des conséquences de votre choix d'être dispensé. Dès lors, votre employeur doit vous indiquer que vous n'êtes pas redevable de la cotisation frais de santé et que vous ne bénéficierez pas des prestations, ni du droit à portabilité. Vous devez indiquer dans votre demande de dispense que vous reconnaissez avoir été informé en bonne et due forme.

—

À défaut, vous devez être affilié à la garantie, et la cotisation sera due.

—

Lorsque vous ne remplissez plus les conditions requises à la dispense d'affiliation, vous devez en informer votre employeur. Vous serez alors obligatoirement affilié au présent régime à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant.

—

ARTICLE 1-5

Cessation d'affiliation et fin des garanties

—

Votre affiliation au contrat cesse à la date de rupture de votre contrat de travail, à l'exception :

- du maintien des prestations incapacité temporaire ou incapacité permanente en cours de service au niveau atteint au jour de la rupture et jusqu'à la date limite d'indemnisation par le régime de base de la Sécurité sociale ;
- du maintien de la garantie décès aux bénéficiaires de prestations incapacité temporaire ou incapacité permanente durant toute la période de versement de celles-ci.

Il est précisé qu'en cas de cumul emploi-retraite, il s'agit de la rupture de votre contrat de travail au titre de l'activité cumulée avec votre retraite.

Le contrat cesse de produire ses effets à la date de cessation de votre affiliation.

—

En tout état de cause, il cesse à la date de liquidation de votre pension de vieillesse par la Mutualité Sociale Agricole (MSA) ou par tout autre régime de base de la Sécurité sociale, y compris pour inaptitude au travail, excepté en cas de cumul emploi-retraite.

ARTICLE 1-6

Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

—

1. SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL POUR CAUSE DE MALADIE, MATERNITÉ, ACCIDENT

Lorsque vous êtes indemnisé par le régime de base de la Sécurité sociale au titre de l'incapacité de travail (temporaire ou permanente) ou de la maternité, vous continuez à bénéficier des garanties de prévoyance et frais de santé dans les mêmes conditions qu'en activité.

—

Concernant les garanties de prévoyance, votre employeur et vous-même êtes exonérés de cotisations pour tout mois civil entier d'arrêt de travail.

Concernant la garantie frais de santé, la cotisation est due dans les mêmes conditions que lorsque vous êtes en activité. Votre part de cotisation est précomptée par votre employeur sur votre bulletin de salaire.

2. SUSPENSION DU CONTRAT POUR UNE AUTRE CAUSE

Si votre contrat de travail est suspendu et que vous ne percevez aucune indemnisation du régime de base de la Sécurité sociale, vous pouvez demander le maintien des garanties décès et/ou frais de santé moyennant le versement complet de la cotisation correspondante (parts patronale et salariale) calculée :

- pour les garanties décès, sur la somme des rémunérations brutes ayant donné lieu à cotisations au cours des 4 derniers trimestres civils précédant la suspension du contrat de travail ;
- pour la garantie frais de santé, sur le plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date à laquelle la cotisation est due.

—

Dès réception de votre lettre recommandée annonçant à votre employeur votre volonté d'exercer votre droit à congé, celle-ci doit en informer CCPMA PRÉVOYANCE en communiquant vos nom, prénoms, numéro de Sécurité sociale, la date et le motif de la suspension du contrat de travail.

—

Dès réception de cette information, CCPMA PRÉVOYANCE vous adresse un formulaire de demande de maintien que vous devez lui retourner dûment complété et signé.

En l'absence de demande de maintien, les garanties cessent le dernier jour du mois civil pour lequel la cotisation a été versée.

—

Le paiement de la cotisation s'effectue par prélèvement sur votre compte bancaire par CCPMA PRÉVOYANCE.

ARTICLE 1-7 Cotisations

1. TAUX ET MONTANT DES COTISATIONS

Les taux et le montant de cotisations finançant vos garanties ainsi que leur répartition sont définis par les partenaires sociaux de l'accord du 6 novembre 2012 et ses avenants.

Les cotisations de prévoyance sont calculées en pourcentage du salaire sur vos rémunérations brutes.

La cotisation frais de santé est calculée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale. Elle est due dans son intégralité pour tout mois civil commencé, y compris en cas d'affiliation, de suspension ou de rupture de votre contrat de travail en cours de mois.

2. MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Excepté en cas de demande de maintien de la garantie décès et/ou frais de santé dans les conditions prévues à l'article 1-6 :

- le financement du régime est assuré conjointement par vous-même et votre employeur (excepté pour les garanties optionnelles ou extension famille du régime frais de santé, qui sont entièrement à votre charge) ;
- votre part de cotisation est directement précomptée sur votre bulletin de salaire par votre employeur ;
- votre employeur a la responsabilité du versement total des cotisations à CCPMA PRÉVOYANCE ;
- les cotisations relatives aux garanties de prévoyance et frais de santé sont dues dès le 1^{er} jour de votre affiliation.

ARTICLE 1-8 Recours contre tiers responsable

Le recours contre tiers responsable est la procédure engagée à l'encontre d'un « tiers responsable » d'un accident (accident de la circulation, accident domestique, agression, etc.), en vue du remboursement de tous les frais exposés à la suite de l'accident.

Les organismes assureurs qui ont versé des prestations à un salarié disposent d'un recours contre l'auteur responsable de cet accident ou de son assureur, afin d'obtenir le remboursement de ces prestations.

Si vous êtes victime d'un accident mettant en cause un tiers, vous devez, sous peine de perdre vos droits à la garantie, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident les noms de CCPMA PRÉVOYANCE et CCMO MUTUELLE en tant que tiers payeurs des prestations.

ARTICLE 1-9 Prescription

Toute action relative aux garanties de votre régime est prescrite dans les conditions de l'article L. 932-13 du Code de la Sécurité sociale, à compter de l'événement qui y donne naissance :

- par 2 ans en ce qui concerne la garantie frais de santé ;
- par 5 ans en ce qui concerne la garantie incapacité temporaire de travail ;
- par 2 ans en ce qui concerne la garantie incapacité permanente de travail ;
- par 10 ans en ce qui concerne la garantie décès, lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré, et par 2 ans lorsque le bénéficiaire est l'assuré.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où CCPMA PRÉVOYANCE et/ou CCMO MUTUELLE en ont 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 ignorée jusque-là.

Quand l'action de votre entreprise, de vous-même, du bénéficiaire ou de votre ayant droit contre CCPMA PRÉVOYANCE 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 votre entreprise, vous-même, le bénéficiaire ou votre ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

En application de l'article L. 932-13-3 du Code de la Sécurité sociale, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci. Elles sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil.

Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts, à la suite d'une demande de prestation ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par CCPMA PRÉVOYANCE à votre entreprise en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par vous-même à CCPMA PRÉVOYANCE en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 1-10 Informatique et Libertés

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer, en justifiant de votre identité, votre droit d'accès et de rectification aux données vous concernant en adressant un courrier au siège de l'institution à l'attention du correspondant informatique et libertés : GROUPE AGRICA – CCPMA PRÉVOYANCE – Correspondant Informatique et Libertés, 21, rue de la Bienfaisance, 75382 Paris Cedex 08, ou par courriel à l'adresse suivante : cnil.blf@groupagric.com.

ARTICLE 1-11 Réclamations – Médiation

En cas de désaccord persistant, en dehors de toute demande d'information ou d'avis, vous pouvez adresser une réclamation :

- **soit par courrier** à GROUPE AGRICA – CCPMA PRÉVOYANCE – Service Réclamations, 21, rue de la Bienfaisance, 75382 Paris Cedex 08 ;
- **soit par courriel** sur le site Internet du Groupe AGRICA, www.groupagric.com, en cliquant sur la rubrique « Une question, contactez-nous » puis en précisant le sujet de la demande « Faire une réclamation ».

Vous devez préciser votre code client et le domaine concerné (prévoyance ou santé).

Dès lors, CCPMA PRÉVOYANCE vous adresse un accusé de réception dans les 10 jours suivant la réception de votre demande et la traite dans un délai maximal de 2 mois.

Par suite, vous pouvez présenter un recours auprès du médiateur de la protection sociale (CTIP) en adressant le dossier complet :

- **soit par courrier** au siège du CTIP (Centre Technique des Institutions de Prévoyance), 10 rue Cambacérés, 75008 PARIS ;
- **soit par voie électronique** sur le site Internet du CTIP, www.ctip.asso.fr, en cliquant sur la rubrique « Médiateur de la protection sociale » puis en complétant le formulaire de saisine en ligne.

ARTICLE 1-12 Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme

Les opérations du présent contrat s'inscrivent dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme conformément aux articles L. 561-1 et suivants du code monétaire et financier.

Dans ce cadre, l'institution se réserve le droit de demander tout justificatif relatif à votre identité.

Titre 2 — Vos garanties de prévoyance

ARTICLE 2-1

Garantie incapacité temporaire de travail

1. CONDITIONS DE L'INDEMNISATION

La garantie incapacité temporaire de travail a pour objet le versement d'une indemnité journalière complémentaire en cas d'incapacité temporaire de travail consécutive à une maladie, un accident de la vie privée, un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Pour ouvrir droit à la garantie incapacité temporaire de travail, vous devez percevoir de la part de la MSA ou de la Sécurité sociale des indemnités journalières au titre du régime de base.

2. MODALITÉS DE L'INDEMNISATION

L'indemnité journalière complémentaire CCPMA PRÉVOYANCE vous est versée à partir du 91^e jour d'interruption totale de travail (continue ou non), tant que le versement des indemnités journalières du régime de base vous est maintenu.

Les arrêts se cumulent dès lorsqu'ils n'y a pas entre deux arrêts une reprise d'activité d'une durée supérieure à 6 mois (auquel cas, un nouveau délai de franchise doit être décompté).

Toute incapacité temporaire entraînant une interruption totale de travail susceptible de durer plus de 3 mois doit être signalée à CCPMA PRÉVOYANCE avant la fin du 3^e mois par votre employeur.

3. MONTANT DE L'INDEMNISATION

Le montant total (régime de base et régime complémentaire) de votre indemnité journalière est égal à la **365^e partie de 85 %** de votre salaire de référence défini en annexe 1.

En cas de réduction ou de suspension des indemnités journalières versées par la MSA ou la Sécurité sociale, les indemnités journalières complémentaires versées par CCPMA PRÉVOYANCE sont réduites ou suspendues dans les mêmes conditions et proportions que celles du régime de base.

4. RÈGLEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Les indemnités journalières complémentaires sont réglées directement à votre employeur par CCPMA PRÉVOYANCE, sous réserve de présentation des justificatifs du régime de base.

5. DURÉE DE L'INDEMNISATION

Le versement des indemnités journalières complémentaires dure tant que votre incapacité temporaire de travail donne lieu au versement d'indemnités journalières par le régime de base, y compris si votre contrat de travail est rompu avant la fin de la période d'indemnisation.

En tout état de cause, le service des indemnités journalières cesse :

- lorsque le régime de base ne vous verse plus d'indemnités journalières ;
- dès lors que vous reprenez une activité professionnelle, quelle que soit la nature de cette activité ;
- lorsque le régime de base vous reconnaît un état d'incapacité permanente de travail ;
- en tout état de cause, à la date de liquidation de votre pension de vieillesse du régime de base, étant précisé que, si vous bénéficiez du cumul emploi-retraite, le service des indemnités journalières attribuées au titre de votre reprise d'activité cesse à la rupture de votre contrat de travail.

ARTICLE 2-2

Garantie incapacité permanente de travail

1. CONDITIONS DE L'INDEMNISATION

La garantie incapacité permanente de travail a pour objet le versement d'une pension complémentaire en cas d'attribution par le régime de base :

- d'une pension d'invalidité catégorie 1, 2 ou 3 ;
- d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle accordée pour un taux d'incapacité au moins égal à 33 %.

2. MONTANT DE L'INDEMNISATION

Le montant de la pension complémentaire mensuelle est égal à **1/12^e partie de 85 %** de votre salaire de référence défini à l'annexe 1, sous déduction des prestations versées par le régime de base, hors majoration pour tierce personne.

Toutefois, si votre taux d'incapacité permanente est compris entre 33 % et 66 % ou si vous percevez une pension d'invalidité catégorie 1, le montant de la pension complémentaire servie par CCPMA PRÉVOYANCE est réduit de moitié.

3. RÈGLEMENT DE LA PENSION

Pour obtenir le versement de votre pension, vous devez fournir à CCPMA PRÉVOYANCE les justificatifs nécessaires à la constitution de votre dossier, notamment la notification

de l'attribution par le régime de base d'une pension d'invalidité catégorie 1, 2 ou 3 ou d'une rente attribuée au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pour un taux d'incapacité au moins égal à 33 %.

Votre pension complémentaire vous est réglée directement par la CCPMA PRÉVOYANCE, à terme échu, à la fin de chaque mois civil après déduction des prélèvements sociaux applicable le cas échéant.

4. DURÉE DE L'INDEMNISATION

Votre pension complémentaire vous est versée tant que votre pension d'invalidité catégorie 1, 2 ou 3 ou votre rente accident du travail ou maladie professionnelle pour un taux d'incapacité au moins égal à 33 % vous est servie par le régime de base.

En tout état de cause, le versement de votre pension complémentaire attribuée au titre de votre invalidité ou de votre incapacité professionnelle cesse :

- à votre décès, s'il intervient avant la liquidation de votre pension vieillesse ;
- à la date d'attribution de votre pension de vieillesse par un régime de Sécurité sociale et, au plus tard, à la date à laquelle vous pouvez bénéficier de la liquidation d'une pension de vieillesse à taux plein.

rente accident du travail ou maladie professionnelle n'est pas prise en compte pour l'application de la règle de cumul visée ci-dessus.

—

CCPMA PRÉVOYANCE peut vous demander de produire tout justificatif qui lui semblerait nécessaire pour vérifier que le montant de votre indemnisation ne dépasse pas les limites définies précédemment. Le défaut de production de ces documents peut entraîner la suspension ou l'interruption du versement de vos prestations.

ARTICLE 2-5

Contrôle médical de l'incapacité de travail

—

CCPMA PRÉVOYANCE se réserve expressément la faculté d'apprécier et de contrôler votre état d'incapacité.

À cet effet, les médecins, agents ou délégués de CCPMA PRÉVOYANCE peuvent vous convoquer ou se rendre auprès de vous. Aussi, vous vous engagez, par avance, à les recevoir et à les informer loyalement de votre état.

Si vous vous opposez aux visites et/ou aux examens médicaux, CCPMA PRÉVOYANCE est autorisée à suspendre ou à interrompre de plein droit le paiement de vos prestations. En cas de désaccord entre votre médecin et celui de CCPMA PRÉVOYANCE portant sur votre état d'incapacité temporaire ou permanente, il pourra être convenu, d'un commun accord, de s'en remettre à un médecin arbitre. Dans ce cas, les honoraires d'arbitrage sont partagés par moitié entre vous-même et CCPMA PRÉVOYANCE.

ARTICLE 2-3

Revalorisation des prestations incapacité de travail

—

La revalorisation de vos prestations complémentaires d'incapacité de travail, temporaire ou permanente, fait l'objet d'un examen annuel par le Conseil d'administration de CCPMA PRÉVOYANCE.

ARTICLE 2-4

Cumul des prestations incapacité de travail

—

Le cumul de vos prestations incapacité de travail nettes versées au titre du régime de base et du régime complémentaire ainsi que les sommes de toute autre provenance (fraction de salaire, régime de prévoyance, etc.) ne peuvent excéder le montant de votre salaire net d'activité avant votre incapacité de travail, éventuellement revalorisé. La majoration pour tierce personne versée par le régime de base au titre d'une pension d'invalidité catégorie 3 ou d'une

ARTICLE 2-6

Garantie décès

—

La garantie décès dont vous bénéficiez au titre du présent régime est articulée autour des trois options suivantes :

- **OPTION 1** : le versement d'un capital décès de base avec majorations pour enfant à charge ;
- **OPTION 2** : le versement d'un capital décès de base minoré avec majorations pour enfant à charge, auquel s'ajoute une rente éducation ;
- **OPTION 3** : le versement d'un capital décès de base minoré avec majorations pour enfant à charge, auquel s'ajoute une rente de conjoint.

Vous pouvez choisir l'une de ces trois options, dont les détails sont exposés ci-après, en le mentionnant sur le bulletin de désignation et de choix d'option de la garantie décès.

—

Par exception à ce principe, il sera fait application du choix d'option que vous avez effectué et porté à la connaissance de CCPMA PRÉVOYANCE avant le 1^{er} janvier 2013 si vous étiez déjà affilié auprès de cette dernière à cette date.

Le changement d'option peut s'effectuer, à tout moment, sur votre demande, en renseignant un nouveau bulletin (disponible sur le site Internet www.groupagric.com) et, en particulier, lors de tout changement de situation familiale.

Si vous le souhaitez, le choix peut être effectué par le(s) bénéficiaire(s) des prestations au moment de votre décès. Si vous ne mentionnez pas de choix d'option ou faute d'accord exprès signifié par le(s) bénéficiaire(s) à CCPMA PRÉVOYANCE dans le délai de 6 mois suivant votre décès, l'option 1 sera retenue.

1. MONTANT DE LA GARANTIE DÉCÈS

OPTION 1 : CAPITAL DÉCÈS

Le **capital décès** de base versé est égal à 335 % de votre salaire de référence défini à l'annexe 1.

Il est **majoré de 50 %** du salaire de référence pour chacun de vos enfants à charge au jour du décès, tels que définis à l'annexe 1.

OPTION 2 : CAPITAL DÉCÈS + RENTE ÉDUCATION

Le **capital décès** de base versé est égal à **280 %** de votre salaire de référence défini à l'annexe 1.

Il est **majoré de 30 %** du salaire de référence pour chacun de vos enfants à charge au jour du décès, tels que définis à l'annexe 1.

Le capital décès est complété par une **rente éducation** dont le montant annuel, au jour de votre décès, s'élève par enfant à charge à :

- **60 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale** (PMSS), s'il a moins de 11 ans ;
- **110 % du PMSS**, s'il a au moins 11 ans et moins de 16 ans ;
- **170 % du PMSS**, s'il a au moins 16 ans et moins de 18 ans ;
- **240 % du PMSS**, s'il a au moins 18 ans et moins de 26 ans (s'il est étudiant, titulaire d'un contrat de formation en alternance, demandeur d'emploi inscrit à Pôle emploi et non indemnisé, ou s'il assure une mission de service civique) ;

- **240 % du PMSS**, s'il a au moins 26 ans et est invalide, à condition que son état ait été reconnu avant son 21^e anniversaire.

—

La rente éducation est versée soit au représentant légal de l'enfant ou, avec son accord, à la personne ayant la charge effective des enfants lorsqu'ils sont mineurs, soit aux enfants eux-mêmes lorsqu'ils sont majeurs.

La rente éducation est versée trimestriellement et à terme échu. Elle est payable par quart, les 1^{er} avril, 1^{er} juillet, 1^{er} octobre et 1^{er} janvier. Le point de départ est fixé au lendemain, à 0 heure, du jour de votre décès.

—

La rente éducation cesse d'être payée à la fin du trimestre civil précédant celui au cours duquel le bénéficiaire ne répond plus à la définition de l'enfant à charge.

OPTION 3 : CAPITAL DÉCÈS + RENTE DE CONJOINT

Le **capital décès** de base versé est égal à **235 %** de votre salaire de référence défini à l'annexe 1.

Il est **majoré de 25 %** du salaire de référence, pour chacun de vos enfants à charge au jour du décès, tels que définis à l'annexe 1.

—

Le capital décès est complété par une **rente de conjoint**. Cette dernière se décompose en une rente viagère et une rente temporaire.

La rente de conjoint est versée trimestriellement et à terme échu, les 1^{er} avril, 1^{er} juillet, 1^{er} octobre et 1^{er} janvier. Le point de départ est fixé au lendemain, à 0 heure, du jour de votre décès.

- **La rente de conjoint viagère** est versée à votre conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin répondant à la définition de l'annexe 1. Annuellement, elle est égale à **0,50 %** de votre salaire de référence (défini à l'annexe 1), multiplié par le nombre d'années restant à courir entre votre âge au jour du décès et l'âge auquel vous auriez pu prétendre à une pension de vieillesse à taux plein. Elle cesse en tout état de cause à la date du décès du bénéficiaire.
- **La rente de conjoint temporaire** est versée si votre conjoint ne peut pas bénéficier de la pension de réversion des régimes de retraite Arrco et/ou Agirc. Elle est également versée à votre cocontractant d'un PACS ou concubin, tels que définis à l'annexe 1, alors même qu'ils ne peuvent prétendre au bénéfice de droits à

réversion Arrco. Annuellement, elle est égale à **0,25 %** de votre salaire de référence (défini à l'annexe 1), multiplié par le nombre d'années écoulées entre votre date d'entrée dans l'entreprise et votre âge au jour du décès, ce différentiel ne pouvant être inférieur à 5.

—
Elle cesse en tout état de cause dès lors que le bénéficiaire de la rente se remarie, décède ou atteint l'âge normal pour prétendre au paiement de l'allocation de réversion à taux plein du régime Arrco.

DÉCÈS ACCIDENTEL

En cas de décès accidentel, c'est-à-dire résultant d'une atteinte corporelle non intentionnelle de votre part et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, le capital décès de base, hors majorations pour enfant à charge, est doublé.

La preuve de la nature accidentelle du décès ou de la relation de la cause à effet entre l'accident et le décès incombe aux bénéficiaires.

DOUBLE EFFET

En cas de décès de votre conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin répondant à la définition de l'annexe 1, simultanément ou postérieurement au vôtre, avant la liquidation de sa pension de vieillesse du régime de base ou, au plus tard, à l'âge auquel il aurait pu prétendre à une pension de vieillesse à taux plein, il est versé par parts égales aux enfants à votre charge avant votre décès et encore à la charge du dernier décédé un capital égal au capital décès correspondant à l'option retenue (capital de base et majorations familiales, mais hors majorations pour décès accidentel).

2. BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL DÉCÈS

CAPITAL DÉCÈS DE BASE

Vous avez la possibilité de désigner le ou les bénéficiaires (personnes physiques) de votre capital décès de base. Cette désignation se fait :

- en complétant le bulletin de désignation prévu à cet effet ;
- ou par acte sous seing privé ou acte authentique.

Afin d'éviter tout risque d'homonymie et pour faciliter la recherche du (des) bénéficiaire(s) désigné(s), vous devez indiquer, pour chaque bénéficiaire, toutes précisions

permettant son identification exacte, notamment ses nom, prénoms, date et lieu de naissance.

Vous pouvez, à tout moment, modifier votre choix en remplissant un nouveau bulletin (dit « bulletin de modification ») ou par acte sous seing privé ou authentique envoyé à CCPMA PRÉVOYANCE.

—
Toute désignation ou changement de désignation non porté à la connaissance de CCPMA PRÉVOYANCE ne pourra être pris en compte.

La désignation que vous avez effectuée et portée à la connaissance de CCPMA PRÉVOYANCE avant le 1^{er} janvier 2013 si vous étiez déjà affilié auprès de cette dernière à cette date demeure valable en l'absence de désignation plus récente portée à la connaissance de CCPMA PRÉVOYANCE.

—
Si vous avez désigné plusieurs bénéficiaires, le capital décès est attribué selon la répartition que vous avez expressément indiquée. En l'absence de précision sur la répartition, le capital est versé par parts égales entre les bénéficiaires.

Si l'une des personnes désignées est décédée, la part de capital de celle-ci est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective dans le capital décès.

—
À défaut de désignation ou en cas de décès du ou de l'ensemble des bénéficiaires désignés, le capital décès est attribué selon l'ordre de priorité suivant :

- en l'absence d'enfants à charge : 100 % à votre conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin répondant à la définition de l'annexe 1 ;
- en présence d'enfants à charge :
 - 50 % à votre conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin répondant à la définition de l'annexe 1 ;
 - 50 % aux enfants à charge, répartis par parts égales entre eux ;
- en l'absence de conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin : 100 % à vos enfants à charge, répartis par parts égales entre eux ;
- en l'absence de conjoint, cocontractant d'un PACS, concubin et d'enfants à charge : 100 % à vos héritiers au sens des articles 734 à 755 du Code civil.

MAJORATIONS FAMILIALES

Les majorations pour enfants à charge sont versées dans tous les cas aux seules personnes qui les ont générées, la somme des majorations étant répartie par parts égales entre elles.

Si les enfants à charge sont mineurs au jour du décès, le

versement est effectué auprès de leur représentant légal ou, avec son accord, à la personne ayant la charge effective des enfants.

3. RÈGLEMENT DU CAPITAL DÉCÈS

CCPMA PRÉVOYANCE doit transmettre, dans un délai de quinze jours après réception de l'avis de décès et de sa prise de connaissance des coordonnées du (des) bénéficiaire(s), un dossier de demande de règlement de prestations pour demander au(x) bénéficiaire(s) de lui fournir l'ensemble des pièces justificatives suivantes :

- un bulletin de décès ;
- un extrait d'acte de naissance de l'assuré décédé avec mentions marginales (datant de moins de 3 mois) ;
- un certificat médical, à l'attention du Médecin Conseil de la Caisse indiquant la cause du décès ;
- un certificat d'hérédité ;
- un relevé d'identité bancaire au nom des bénéficiaires ;
- une photocopie lisible du livret de famille tenu à jour ;
- une attestation de concubinage délivrée par la Mairie et précisant le début de vie commune jusqu'au jour du décès ou une photocopie du PACS
- une photocopie de la carte d'identité ou du passeport au nom des bénéficiaires.

Pour l'assuré divorcé ou séparé de corps :

- une photocopie du jugement de divorce ou de séparation.

Pour l'assuré licencié :

- une photocopie de la notification de décision et un avis de paiement de Pôle Emploi jusqu'au décès.

Pour les enfants mineurs :

- la désignation du tuteur légal des enfants ou la délibération du conseil de famille ou l'autorisation du jugement des Tutelles.

Les prestations sont versées dans le délai d'un mois civil suivant la réception des pièces nécessaires au paiement. À défaut, les sommes produisent de plein droit intérêt au double du taux légal pendant deux mois puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

Lorsqu'un bénéficiaire n'a pu être identifié à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de prise de connaissance par l'Institution du décès du participant, les sommes dues au titre des prestations décès seront déposées à la Caisse des dépôts et consignations. Ce dépôt libère l'Institution de ses obligations envers le bénéficiaire.

Par suite, le bénéficiaire a la possibilité de demander le versement de sa prestation auprès de la Caisse des dépôts et consignations.

À défaut de demande de versement, ces sommes sont acquises à l'État dans un délai de trente ans suivant le décès du participant.

Revalorisation post mortem :

Entre le jour du décès et la réception des pièces justificatives permettant le versement des sommes par l'Institution, s'applique une revalorisation annuelle du capital, calculée en application du TME fixé au 1^{er} novembre de l'année précédente. Cette revalorisation est calculée au prorata temporis en fonction du délai écoulé.

4. INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

En cas d'invalidité absolue et définitive, constatée par le régime de base de la Sécurité sociale, vous interdisant toute activité rémunérée et vous permettant de bénéficier de l'assistance tierce personne pour les actes de la vie courante, vous ou votre représentant légal pouvez demander par anticipation le versement du capital décès de base (y compris, le cas échéant, la majoration pour décès accidentel).

Dès la fourniture à CCPMA PRÉVOYANCE de la constatation médicale et après en avoir fait la demande, vous ou votre représentant légal pouvez bénéficier du versement anticipé du capital décès visé ci-dessus.

Le paiement de ce capital s'effectue par un versement unique et met définitivement fin à l'attribution de celui-ci.

Toutefois, les majorations pour enfants à charge seront, le cas échéant, versées à vos enfants à charge au jour du décès.

La rente d'éducation ou rente de conjoint sera également, le cas échéant, attribuée au jour du décès.

Indemnité frais d'obsèques

En cas de décès de votre conjoint, cocontractant d'un PACS, concubin ou d'un enfant à charge, une indemnité frais d'obsèques vous est versée ou est versée à la personne qui a supporté personnellement les frais.

Cette indemnité est égale au montant des frais réellement engagés dans la limite d'un plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

ARTICLE 2-7 Exclusions des garanties de prévoyance**1. EXCLUSIONS LIÉES AUX GARANTIES DÉCÈS, EXCEPTÉ LA GARANTIE FRAIS D'OBSÈQUES**

La garantie décès n'est pas accordée dans les cas suivants :

- guerre ;
- maladies ou accidents qui sont le fait volontaire du bénéficiaire ;
- votre fait, s'il est intentionnel ou frauduleux – étant précisé que le suicide, ou la tentative de suicide, est pris en charge.

De plus, s'agissant du « décès par accident », sont exclus tous les risques de décès résultant :

- du suicide ou d'une tentative de suicide ;
- de l'explosion ou de la fission du noyau d'un atome ou des radiations ionisantes ;
- de la participation à une rixe (sauf cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel), à un acte de terrorisme, à un délit intentionnel ou à un crime ;
- de la manipulation d'un engin de guerre dont la détention est illégale ;
- de la pratique de tout sport à titre professionnel, d'un sport aérien (voltige, parachutisme, parapente, vol à voile, ailes volantes, ultra-légers motorisés), de la spéléologie, de l'alpinisme (escalade en artificiel et grande course), du saut à l'élastique, des sports de combat ;
- de la participation à des compétitions et à leurs essais nécessitant l'utilisation d'un véhicule à moteur ;
- de paris, de défis, de tentatives de records ;
- de votre ivresse (alcoolémie de taux supérieur ou égal au taux légal en vigueur) ;
- de l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants en quantité non prescrite médicalement ;
- de traitements ou interventions chirurgicales exécutés dans un but de rajeunissement ou esthétique qui ne seraient pas la conséquence d'un accident garanti par le présent régime.

2. EXCLUSIONS LIÉES À LA GARANTIE FRAIS D'OBSÈQUES

La garantie frais d'obsèques n'est pas accordée dans les cas suivants :

- guerre ;
- maladies ou accidents qui sont le fait volontaire du bénéficiaire ;
- fait de la personne décédée, s'il est intentionnel ou frauduleux – étant précisé que le suicide, ou la tentative de suicide, est pris en charge.

ARTICLE 2-8 Portabilité

Les dispositions prévues au titre 4 relatives à la portabilité s'appliquent aux garanties de prévoyance.

Titre 3 — Votre garantie frais de santé

ARTICLE 3-1 Objet

La garantie frais de santé a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé en complétant acte par acte les prestations versées par le régime de base, dans la limite des frais réellement engagés.

ARTICLE 3-2 Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires de la garantie frais de santé sont :

- vous-même ;
- le cas échéant, vos ayants droit tels que définis en annexe 1, ainsi que les enfants de votre conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin tels que définis en Annexe 1.

ARTICLE 3-3 Structure tarifaire

Les prestations du régime frais de santé vous sont accordées, moyennant une cotisation variant selon les trois structures tarifaires, présentées ci-dessous, dont les taux figurent au barème des cotisations.

Le choix de la structure tarifaire revient à votre employeur :

- **structure tarifaire « uniforme »** : vous et vos ayants droit êtes affiliés pour un tarif unique, quelle que soit la composition de votre famille ;
- **structure tarifaire « isolé/famille »** : le tarif est soit « isolé » pour vous seul, soit (à titre facultatif) « famille » pour vous et vos ayants droit, quel que soit le nombre de vos ayants droit ;
- **structure tarifaire « adulte/enfant »** : le tarif est adulte pour vous, et l'affiliation est facultative pour vos ayants droit. Le tarif est différent selon que votre ayant droit est un adulte ou un enfant, sachant que vous n'êtes plus redevable de la cotisation « enfant » à compter du troisième enfant affilié.

ARTICLE 3-4 Montant des garanties

Le contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits « responsables » institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures. En cas de modifications législatives et/ou réglementaires, les

remboursements seront automatiquement révisés dans les conditions et délais fixés par les textes.

Les remboursements garantis par le présent régime s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux, dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au tableau des garanties figurant à l'annexe 2.

Les remboursements de la garantie frais de santé sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement (BR) à partir de laquelle se fonde le régime de base de la Sécurité sociale pour le calcul de ses propres remboursements.

En absence de prise en charge du régime de base, les remboursements peuvent être exprimés dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire (exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale).

Le régime comporte deux niveaux de garantie :

- une garantie conventionnelle obligatoire et identique pour tous les salariés ;
- une garantie optionnelle qui complète la précédente, au choix de chaque salarié.

ARTICLE 3-5

Garanties proposées à titre individuel et facultatif

Vous pouvez choisir :

- d'étendre vos garanties au profit de vos ayants droit, si votre employeur n'a pas opté pour la structure tarifaire « uniforme » ;
- d'améliorer le niveau de votre garantie obligatoire en souscrivant la garantie optionnelle.

Les garanties sont alors accordées moyennant des cotisations additionnelles entièrement à votre charge et précomptées par votre employeur sur votre bulletin de salaire.

1. GARANTIE OPTIONNELLE

Vous avez la possibilité d'adhérer à la garantie optionnelle qui est proposée facultativement. Le détail du montant des remboursements de cette garantie figure à l'annexe 2. Si vous la choisissez, la garantie optionnelle s'appliquera automatiquement aux mêmes bénéficiaires que ceux qui

ont été affiliés à la garantie conventionnelle.

Dans le cas où l'option est souscrite durant les 3 premiers mois suivant la mise en place du régime dans l'entreprise ou suivant votre embauche, la garantie optionnelle prend effet le 1^{er} jour du mois civil qui suit votre demande.

Au-delà, vous pouvez souscrire à la garantie optionnelle, chaque année, au 1^{er} janvier, sous réserve d'en informer votre entreprise, au plus tard, le 31 octobre de l'année en cours.

2. EXTENSION FAMILLE

En dehors de la structure tarifaire uniforme, la garantie conventionnelle vous est accordée moyennant une cotisation individuelle obligatoire dite « isolé » ou « adulte », selon la structure tarifaire (article 3-3) choisie par l'employeur.

L'extension familiale des garanties est accordée :

- à l'ensemble de vos ayants droit, moyennant une cotisation dite « famille », si votre entreprise a choisi la structure tarifaire « isolé/famille » ;
- à chacun de vos ayants droit, moyennant une cotisation individuelle par ayant droit, dont le montant varie selon qu'il s'agit d'un adulte ou d'un enfant à charge, si votre entreprise a choisi la structure tarifaire « adulte/enfant ».

—

Si l'entreprise a choisi la structure tarifaire « uniforme », l'ensemble des ayants droit que vous avez déclarés sont couverts.

—

Vous pouvez demander l'extension familiale de vos garanties :

- au moment de votre affiliation. Vos ayants droit sont alors admis dans l'assurance en même temps que vous ;
- en cours d'année, dans les 30 jours qui suivent l'événement en cas de changement de votre situation familiale ou de modification de la situation professionnelle de votre conjoint, tel que défini à l'annexe 1. Vos ayants droit sont alors admis dans l'assurance à compter du jour de l'événement ;
- annuellement, au plus tard le 31 octobre de chaque année. Vos ayants droit sont alors admis dans l'assurance à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

—

Votre demande d'extension famille ainsi que toute modification de votre situation familiale doivent être transmises à votre employeur. Ce dernier procède à ces modifications en informant CCPMA PRÉVOYANCE via le site Internet du Groupe AGRICA, www.groupagric.com.

3. RENONCIATION À LA GARANTIE OPTIONNELLE ET/OU À L'EXTENSION FAMILLE

Si vous avez choisi de bénéficier de la garantie optionnelle et/ou d'étendre vos garanties à vos ayants droit, vous pouvez y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à CCPMA PRÉVOYANCE.

Vous disposez pour cela d'un délai de 30 jours calendaires révolus, à compter du moment où vous êtes informé que l'affiliation a pris effet, et ce, sous réserve de ne pas avoir demandé dans ledit délai le remboursement de frais de santé engagés.

Ce délai expire le dernier jour, à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

CCPMA PRÉVOYANCE procède alors au remboursement de la cotisation auprès de votre employeur, dans un délai maximal de 30 jours calendaires révolus, à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

—

Vous devez également informer votre employeur de cette renonciation puisque c'est ce dernier qui précompte la cotisation sur votre bulletin de salaire.

4. RÉSILIATION DE LA GARANTIE OPTIONNELLE ET/OU DE L'EXTENSION FAMILLE

→ Vous avez la faculté de résilier la garantie optionnelle **annuellement**, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à CCPMA PRÉVOYANCE, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La résiliation prend alors effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

→ Vous avez la faculté de résilier l'extension famille de vos garanties :

- **annuellement**, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à CCPMA PRÉVOYANCE, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La résiliation prend alors effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante ;

- **en cours d'année**, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à CCPMA PRÉVOYANCE, dans les 30 jours qui suivent l'événement, en cas de changement dans votre situation familiale ou de modification de la situation professionnelle de votre conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin. La résiliation prend alors effet à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit l'événement.

—

En cas de résiliation, vous ne pourrez de nouveau demander à souscrire à la garantie optionnelle et/ou extension famille qu'à l'expiration d'un délai de 2 ans suivant la prise d'effet de la résiliation.

Il ne sera dérogé à cette durée de 2 ans, pour ce qui concerne l'extension famille uniquement, qu'en cas de changement de votre situation familiale ou de modification de la situation professionnelle de votre conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin.

ARTICLE 3-6 Limites et exclusions de la garantie santé

De manière générale, ne sont pas pris en charge :

- les frais engagés, au titre d'actes exécutés avant la date d'entrée en vigueur des garanties ou après la cessation des garanties ;
- les frais résultants d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime de base, sauf cas prévus au tableau de garanties figurant en annexe 2 du présent contrat ;
- les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.

Le contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits « responsables » institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et défini en l'état actuel de la réglementation et de ses évolutions futures.

ARTICLE 3-7 Étendue territoriale des garanties

Les garanties s'exercent en France et à l'étranger, quel que soit le pays dans lequel les dépenses de santé ont été engagées, dans la mesure où elles font l'objet d'un remboursement de la part du régime de base français. Par exception, les prestations prévues au tableau des garanties, ne faisant pas l'objet d'un remboursement du régime social de base français, ne sont prises en charge au titre du présent contrat qu'à condition d'avoir été effectuées en France.

ARTICLE 3-8 Règlement des prestations

Les prestations du régime frais de santé sont réglées par CCMO MUTUELLE (extrait des statuts et règlement mutualiste en annexe 4).

CCMO MUTUELLE s'engage à effectuer les paiements dans les 48 h qui suivent la télétransmission, et dans les 72 h à réception d'un dossier sous format papier complet.

En cas de suspicion de fraude aux prestations, CCMO MUTUELLE se réserve la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales, et/ou de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires, notamment les prescriptions médicales et les factures détaillées.

Si, intentionnellement, vous fournissez de faux renseignements ou usez de documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement, vous perdez tout droit aux garanties pour la demande de règlement en cause. En cas de récupération de la part du régime de base, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, CCMO MUTUELLE se réserve le droit de récupérer toutes prestations qui vous auront été indûment réglées.

ARTICLE 3-9 Cessation des garanties pour les ayants droit

Outre les cas de renonciation et de résiliation prévus aux articles 3-5-3 et 3-5-4, les garanties cessent à l'égard des ayants droit dans les conditions suivantes :

- dès que vous cessez d'être au service de l'entreprise adhérente, pour quelque cause que ce soit ;
- dès qu'ils perdent la qualité d'ayant droit tel que défini à l'annexe 1.

ARTICLE 3-10 Maintien des garanties

1. AU TITRE DE LA PORTABILITÉ

Les dispositions prévues au titre 4 relatives à la portabilité s'appliquent à la garantie frais de santé.

2. MAINTIEN SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL (ARTICLE 4 DE LA LOI ÉVIN)

→ En cas de rupture du contrat de travail

En application de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Évin », vous bénéficierez d'une proposition de maintien de la garantie frais de santé, à condition d'en faire la demande dans les 6 mois suivants l'évènement y ouvrant droit, sous réserve que vous répondiez à l'une des conditions suivantes :

- avoir un contrat de travail rompu et être bénéficiaire de prestations incapacité de travail servies par l'organisme assureur dans le cadre du présent accord ;
- être bénéficiaire d'une pension de retraite ;
- être privé d'emploi bénéficier d'un revenu de remplacement ;
- vos ayants droit concernés par l'un des 3 cas susvisés, justifiant d'au moins 2 ans d'affiliation à ce contrat à la date de l'évènement ;
- les ayants droits en cas de décès du salarié, peuvent bénéficier du régime pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès.

Ce maintien sera possible sans questionnaire médical ni période de carence moyennant le paiement d'une cotisation individuelle volontaire à votre charge exclusive ou à la charge de l'ayant droit.

—

Les tarifs applicables en tant qu'ancien salarié pourront être supérieurs aux tarifs globaux en vigueur pour les participants actifs dans les limites fixées par la réglementation en vigueur.

—

Conformément à l'article 1 du décret du 21 mars 2017, pour tout contrat souscrit ou adhésion à compter du 1^{er} juillet 2017, les tarifs applicables aux anciens salariés ainsi qu'à leurs enfants à charge :

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

Au-delà de la troisième année, les tarifs seront fixés en fonction de l'équilibre du contrat par la commission paritaire de suivi de l'accord du 6 novembre 2012.

—

Les tarifs applicables aux conjoints des anciens salariés ne

peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs, et au-delà de la troisième année, les tarifs seront fixés en fonction de l'équilibre du contrat par la commission paritaire de suivi de l'accord du 6 novembre 2012.

—

En cas de décès du salarié, le conjoint bénéficiera également du plafonnement des tarifs, tel que prévu par l'article 1 du décret du 21 mars 2017 et tel que défini ci-dessus.

—

La cotisation sera appelée par l'organisme assureur par prélèvement sur le compte bancaire du salarié.

—

Concernant ce maintien individuel de la garantie frais de santé, il est précisé que seule la garantie conventionnelle obligatoire est proposée.

Titre 4 — Maintien des garanties prévoyance et frais de santé au titre de la portabilité

ARTICLE 4-1 Présentation du dispositif

En cas de cessation de votre contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, vous pouvez bénéficier du maintien des garanties prévues au présent contrat en application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, et ce, pour toute notification de rupture intervenue à compter de la date d'effet du présent contrat.

Le bénéfice du maintien des garanties est acquis sans versement de cotisation durant la période de portabilité, le financement de ce maintien étant inclus dans la cotisation des actifs.

L'entreprise disposant préalablement à l'entrée en vigueur du présent contrat de garanties frais de santé et/ou prévoyance doit, dans un délai de trente jours suivant la souscription du contrat, informer CCPMA PRÉVOYANCE des anciens salariés susceptibles d'ouvrir droit à portabilité au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 4-2 Bénéficiaires

Vous pouvez continuer à bénéficier des garanties qui vous couvraient en tant qu'actif lorsque votre contrat de travail a été rompu et que vous remplissez les conditions suivantes :

- ne pas avoir été licencié pour faute lourde ;
- ouvrir droit à indemnisation par le régime de l'assurance chômage ;
- avoir été affilié et ouvrir droit aux garanties avant la rupture de votre contrat de travail.

Le bénéfice de votre couverture Frais de santé est étendu à vos ayants droit s'ils étaient déjà couverts avant la rupture de votre contrat de travail.

ARTICLE 4-3 Ouverture et durée des droits à portabilité

En tant qu'ancien salarié, vous pouvez ouvrir droit, sous conditions, aux prestations au titre de la portabilité à compter de la date de rupture effective de votre contrat de travail.

La durée du maintien des garanties est égale à la durée de votre dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de vos derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs dans votre entreprise.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite maximale de 12 mois.

ARTICLE 4-4 Vos obligations

Pour bénéficier des prestations, vous devez justifier auprès de CCPMA PRÉVOYANCE, à l'ouverture ainsi qu'au cours de la période de portabilité, que vous remplissez les conditions requises.

À ce titre, vous devez fournir une copie de votre certificat de travail et de votre attestation de prise en charge par l'assurance chômage.

Chaque mois, vous devez adresser une copie des attestations de paiement de Pôle emploi.

Vous devez informer CCPMA PRÉVOYANCE de la cessation du versement des allocations chômage, lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité.

En cas de décès, l'ensemble des pièces justificatives doivent être produites par votre(vos) bénéficiaire(s) au moment de la demande d'attribution des prestations décès.

ARTICLE 4-5 Prestations

Les prestations qui vous sont accordées au titre de la portabilité sont identiques à celles définies par le présent régime pour les salariés en activité.

Toutefois, pour les prestations incapacité temporaire et permanente de travail, le maintien des garanties ne peut vous conduire à percevoir une indemnisation globale (y compris indemnisation du régime de base) supérieure à celle des allocations chômage que vous auriez perçues au titre de la même période.

Toute modification de ces prestations intervenant au cours de votre période de portabilité vous est applicable.

ARTICLE 4-6 Cessation de la portabilité

Le maintien des garanties cesse, au plus tard, 12 mois après la date de rupture de votre contrat de travail et, en tout état de cause :

- à la fin de la durée de maintien à laquelle vous avez droit si elle est inférieure à 12 mois ;
- à la date à laquelle vous reprenez une activité professionnelle ;
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ;

- en cas de résiliation du présent contrat ;
- à la date de liquidation de la pension d'assurance vieillesse du régime de base, y compris pour inaptitude au travail ;
- en cas de décès du salarié.

En cas de changement d'organisme assureur, le nouvel assureur doit prendre en charge les bénéficiaires de la portabilité, à compter de la date d'effet du nouveau contrat collectif.

Titre 5 — Pièces à fournir pour le règlement des prestations

ARTICLE 5-1 Versement des prestations d'incapacité de travail

1. INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Votre employeur doit adresser à CCPMA PRÉVOYANCE les documents suivants :

- le formulaire de « demande de paiement d'indemnités journalières complémentaires », précisant vos salaires bruts et nets, éventuellement reconstitués en cas d'arrêts de travail, des 4 trimestres civils précédant celui de l'événement ;
- un certificat médical, sous pli confidentiel à l'attention de « Monsieur le Médecin Conseil » de CCPMA PRÉVOYANCE ;
- les décomptes d'indemnités journalières versées par le régime de base depuis le début de l'arrêt de travail ;
- tout autre document justifiant des sommes perçues, notamment au titre d'un autre régime de prévoyance.

2. INCAPACITÉ PERMANENTE DE TRAVAIL

Vous devez transmettre à CCPMA PRÉVOYANCE, soit par l'intermédiaire de votre employeur, soit directement, les documents suivants :

- la copie de la notification d'attribution par le régime de base de la pension d'invalidité ou de la rente accident du travail ou maladie professionnelle ;
- votre relevé d'identité bancaire ou postal ;
- une photocopie de votre avis d'imposition ou de non-imposition de l'année N-2, si vous percevez du régime de base une pension d'invalidité de 1^{er}, 2^e ou 3^e catégorie, ou une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle pour un taux supérieur ou égal à 33 % ;
- une copie des bulletins de salaire des quatre derniers trimestres civils précédant l'arrêt de travail ;
- en cas d'activité à temps partiel, les copies des bulletins de salaire afférents à votre reprise d'activité.

Par ailleurs, vous devez nous préciser si votre contrat de travail est maintenu ou rompu, la date de votre arrêt de travail initial, ainsi que votre pourcentage d'activité (pourcentage de votre temps de travail par rapport à un temps plein), en cas de reprise à temps partiel.

ARTICLE 5-2 Versement des prestations décès

1. CAPITAL DÉCÈS, RENTE D'ÉDUCATION ET RENTE DE CONJOINT

Votre employeur ou le(s) bénéficiaire(s) du capital décès doit déclarer le décès le plus rapidement possible à CCPMA PRÉVOYANCE, qui lui ou leur adresse alors un dossier de demande de versement du capital décès et, le cas échéant, de rente d'éducation ou de conjoint.

Ce dossier doit être retourné à CCPMA PRÉVOYANCE, dûment complété et accompagné des pièces justificatives nécessaires suivantes.

→ Pour le règlement du capital décès :

- l'acte de décès et l'extrait d'acte de naissance du défunt si possible et, le cas échéant, un certificat médical post-mortem ;
- en cas de désignation de bénéficiaires, une copie de la pièce d'identité de chaque bénéficiaire ;
- en l'absence de désignation, une copie du livret de famille et, selon le cas, une copie de l'acte de notoriété ou un certificat d'hérédité ;
- un relevé d'identité bancaire du ou des bénéficiaires.

→ Pour le règlement de la rente d'éducation :

- selon la qualité de chaque bénéficiaire, un certificat de scolarité, une attestation de chômeur non indemnisé, une photocopie de la carte d'invalidité ou un justificatif attestant d'une mission de service civique ;
- les pièces justificatives doivent être fournies chaque année. CCPMA PRÉVOYANCE se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire qu'elle juge nécessaire au règlement des prestations.

→ Pour le règlement de la rente de conjoint

Dans tous les cas pour tous les ayants droit :

- un extrait d'acte de naissance du bénéficiaire ;
- un avis d'imposition ;
- un relevé d'identité bancaire, postal ou d'épargne.

En plus, selon le cas :

→ Pour le salarié décédé :

- un extrait d'acte de décès ;
- un certificat médical précisant la cause du décès.

→ Pour le conjoint (si invalide) :

- le titre de pension d'invalidité.

→ Pour le concubin :

- une attestation sur l'honneur justifiant du caractère permanent du concubinage jusqu'au décès du salarié et sa durée ;
- deux justificatifs de domicile commun au moment du décès (quittance d'électricité et/ou gaz, facture téléphonique, attestation d'assurance).

—

→ Pour le partenaire lié par un PACS :

- le document attestant l'engagement dans les liens du PACS délivré par le greffe du tribunal d'instance.
- CCPMA PRÉVOYANCE se réserve le droit de réclamer, le cas échéant, des pièces complémentaires après instruction de votre dossier.

3. INDEMNITÉ FRAIS D'OBSÈQUES

Le décès d'un ayant droit doit être déclaré à CCPMA PRÉVOYANCE par vous-même ou par la personne qui a supporté les frais, qui adresse alors un dossier de demande de versement d'indemnité frais d'obsèques.

—

Ce dossier doit être retourné à la CCPMA PRÉVOYANCE, dûment complété et accompagné des pièces justificatives nécessaires au règlement de l'indemnité, et dont la liste est donnée dans ledit dossier, notamment :

- l'acte de décès ;
- la facture acquittée du montant des frais d'obsèques ;
- un relevé d'identité bancaire de la personne qui a réglé les frais ;
- selon le statut du défunt, 2 justificatifs de vie commune de plus de 2 ans, un certificat de scolarité, une attestation de chômeur non indemnisé, une photocopie de la carte d'invalidité, un justificatif attestant d'une mission de service civique.

télétraitement (sous réserve d'avoir fourni les justificatifs demandés au moment de votre affiliation ou en cas de changement ou d'ajout de bénéficiaire ou de changement de caisse de régime de base obligatoire). Cette procédure vous dispense d'envoyer votre décompte à CCMO MUTUELLE et accélère les délais de remboursement.

- à partir des informations et justificatifs suivants de dépenses que vous transmettez à CCMO MUTUELLE – 6, avenue du Beauvaisis PAE du Haut-Villé CS 50993 60014 Beauvais Cedex (Tél. : 03 44 06 91 97) :
 - décomptes originaux du régime de base et des factures originales des professionnels de santé ainsi que des devis ou prises en charge éventuels ;
 - pièces justificatives spécifiques liées à l'allocation (maternité-adoption) ou au forfait (lentilles, chirurgie de la myopie, implantologie, etc.) prévu au tableau des garanties en annexe 2.

ARTICLE 5-3**Versement des prestations
frais de santé**

—

Les prestations vous sont réglées :

- à partir des données fournies directement par le régime de base obligatoire (MSA, Sécurité sociale...) lorsque vous avez accepté le

Annexe 1 — Définitions

AYANTS DROIT

Le conjoint s'entend de la personne mariée avec vous et non séparée de corps.

Sont assimilés au conjoint :

- le cocontractant d'un PACS ;
- le concubin justifiant de deux ans de vie commune avec vous (cette condition n'est plus requise lorsqu'au moins un enfant est né de votre union).

—

Par enfants à charge, il faut entendre :

- vos enfants dont la filiation est légalement établie, y compris adoptive ;
- les enfants que vous avez recueillis et pour lesquels la qualité de tuteur vous est reconnue ;
- les enfants de votre conjoint, cocontractant de PACS ou concubin, dont la filiation est légalement établie, sous réserve d'être à votre charge effective, c'est-à-dire si vous subvenez à leurs besoins et assurez leur éducation.

—

Dès lors que ces enfants remplissent l'une des conditions suivantes :

- être âgés de moins de 18 ans ;
- être âgés de moins de 26 ans, s'ils sont étudiants, effectuent une formation en alternance, sont demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi et non indemnisés ou assurent une mission de service civique ;
- quel que soit leur âge, lorsqu'ils sont invalides au sens de la législation sociale, si l'état d'invalidité a été constaté avant leur 21^e anniversaire.

CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE

Sont considérés comme constituant un changement dans votre situation familiale les événements suivants :

- mariage, PACS, concubinage de 2 ans ;
- divorce, séparation de corps, dissolution du PACS, rupture des relations de concubinage ;
- naissance ou adoption d'un enfant ;
- perte de la qualité d'enfant à charge ;
- décès d'un enfant à charge ou du conjoint.

HOSPITALISATION

Séjour dans un établissement hospitalier (public ou privé) consécutif à un accident, à une maladie ou à une maternité. Les séjours en maternité d'une durée inférieure à 12 jours ne sont pas considérés comme une hospitalisation.

MATERNITÉ

Grossesse non pathologique, accouchement et ses suites. La maternité n'est pas considérée comme une maladie ou un accident.

Le forfait, prévu au tableau des garanties en cas de maternité ou d'adoption, est versé indifféremment au père ou à la mère. En revanche, si les deux parents sont salariés au sein de la même entreprise, le forfait ne sera versé qu'une seule fois.

MODIFICATION DE LA SITUATION PROFESSIONNELLE DU CONJOINT, DU COCONTRACTANT D'UN PACS OU DU CONCUBIN

On entend par changement intervenant dans la vie professionnelle du conjoint, du cocontractant d'un PACS ou du concubin au sens du présent régime l'embauche, la rupture du contrat de travail à l'initiative du salarié ou de l'employeur (démission, licenciement, préretraite, retraite), la mise en place ou la suppression d'une couverture frais de santé obligatoire dans l'entreprise.

PLAFOND ANNUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Valeur utilisée pour le calcul des cotisations sociales de base.

PROTHÈSES AUDITIVES

Le remboursement prévu au tableau des garanties comprend les frais d'entretien (changement des piles, des accumulateurs, de pièces détachées, etc.), à raison d'une intervention par an et par bénéficiaire.

PROTHÈSES DENTAIRES

Les dents de devant sont les incisives, canines et prémolaires, dont la numérotation attribuée par la Fédération dentaire internationale est la suivante : 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45, 25, 24, 23, 22, 21, 11, 12, 13, 14, 15.

Les dents du fond sont les molaires, dont la numérotation attribuée par la Fédération dentaire internationale est la suivante : 38, 37, 36, 46, 47, 48, 28, 27, 26, 16, 17, 18.

SALAIRE DE RÉFÉRENCE POUR LES GARANTIES PRÉVOYANCE

Le salaire de référence retenu pour le calcul des prestations prévoyance correspond à la rémunération brute des 4 derniers trimestres civils précédant l'événement ouvrant droit à prestations.

Il est calculé en tenant compte de tous les éléments du salaire soumis à cotisations sociales.

Dans le cas où vous avez moins d'un an d'ancienneté dans le réseau visé par la convention collective du réseau CERFRANCE, le salaire de référence est reconstitué proportionnellement à votre temps de présence dans le réseau.

Dans le cas où vous ne justifiez pas de quatre trimestres civils entiers d'activité avant votre arrêt de travail ou votre décès, en raison d'une suspension du contrat de travail non indemnisée, le salaire est reconstitué de la manière suivante :

- lorsque, sur les 4 trimestres, l'un est entier, le salaire de référence est reconstitué sur la base de ce dernier ;
- dans le cas contraire, un salaire théorique sera demandé à votre entreprise.

TICKET MODÉRATEUR

Somme restant à la charge du patient susceptible de varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés.

—

Cette participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge, de l'état de santé ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations.

Ce ticket modérateur est égal à la différence entre la base de remboursement retenue par le régime de base obligatoire (MSA, Sécurité sociale...) pour effectuer son remboursement et les prestations dues par ces organismes.

La participation forfaitaire et la franchise, mentionnées à l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale, dues par le patient ne sont pas prises en considération dans le calcul du ticket modérateur.

Annexe 2 — Tableaux de la garantie frais de santé

Les remboursements de la garantie santé sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement (BR) à partir de laquelle se fonde le régime de base de la Sécurité sociale pour le calcul de ses propres remboursements.

—

En absence de prise en charge du régime de base, ces mêmes remboursements peuvent aussi être exprimés dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire (pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale).

—

En tout état de cause, l'addition des remboursements du régime de base et du régime complémentaire ne peut pas dépasser le montant des frais réellement engagés.

Les prestations du régime frais de santé sont versées conformément aux dispositions des tableaux de remboursement suivants.

→ Tableau des garanties santé hors Alsace-Moselle – Ensemble du personnel

Nature des frais	Remboursements conventionnels	Remboursements conventionnels + optionnels
	Hors remboursement du régime de base	Hors remboursement du régime de base
FRAIS MÉDICAUX		
• Consultation d'un généraliste	30 % BR	30 % BR
Dépassements d'honoraires généralistes :		
– Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	300 % BR
– Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	80 % BR	100 % BR
• Consultation d'un spécialiste	30 % BR	30 % BR
Dépassements d'honoraires spécialistes :		
– Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	200 % BR	300 % BR
– Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR
• Auxiliaires médicaux	240 % BR	340 % BR
• Analyses, examens de laboratoire ⁽⁴⁾	de 0 % BR à 40 % BR	de 0 % BR à 40 % BR
• Radiologie, actes techniques	30 % BR	30 % BR
Dépassements d'honoraires pour radiologie, actes techniques, analyses, examens de laboratoires :		
– Adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	200 % BR	300 % BR
– Non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	80 % BR	100 % BR
• Actes de prévention ⁽²⁾	De 65 % BR à 30 % BR	De 65 % BR à 30 % BR
• Consultations médecines douces (Chiropracteur, Diététicien, Ergothérapeute, Ostéopathe, Psychologue, Psychomotricien, Psychothérapeute, Étioathe, Homéopathe, Acupuncteur)	Forfait de 45 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire	Forfait de 45 €/séance avec un maximum de 4 séances/an/bénéficiaire
PHARMACIE		
• Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	35 % BR	35 % BR
• Médicaments à service médical rendu « modéré »	70 % BR	70 % BR
• Médicaments à service médical rendu « faible »	85 % BR	85 % BR
• Vaccins non remboursés par le régime de base	50 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire
HOSPITALISATION		
• Frais de séjour	220 % BR	320 % BR
• Frais de soins	de 0 % BR à 20 % BR	de 0 % BR à 20 % BR
Dépassements d'honoraires :		
– Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	200 % BR	300 % BR
– Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR
• Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	100 % FR dès le 1 ^{er} jour	100 % FR dès le 1 ^{er} jour
• Chambre particulière (hospitalisation et maternité)	60 €/jour	60 €/jour
• Frais d'accompagnement (enfant de moins de 15 ans)	45 €/jour	45 €/jour
• Transports remboursés par le régime de base	235 % BR	335 % BR
• Forfait actes lourds	100 % FR	100 % FR
MATERNITÉ		
• Prime de naissance : maternité ou adoption ⁽³⁾	10 % PMSS	12 % PMSS
PSYCHIATRIE		
• Chambre particulière (psychiatrie)	60 €/jour limité à 60/j/an	60 €/jour limité à 60/j/an

→ Tableau des garanties santé hors Alsace-Moselle – Ensemble du personnel

Nature des frais	Remboursements conventionnels	Remboursements conventionnels + optionnels
	Hors remboursement du régime de base	Hors remboursement du régime de base
CURES THERMALES		
<ul style="list-style-type: none"> Honoraires⁽⁴⁾ Forfait thermal Frais balnéaires remboursés par le régime de base 	10 % PMSS	12 % PMSS
OPTIQUE		
<ul style="list-style-type: none"> Lentilles remboursées ou non par le régime de base Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil) 	de 0 % BR ou 40 % BR + 10 % PMSS 250 €/œil	de 0 % BR ou 40 % BR + 12 % PMSS 250 €/œil
Adulte		
<ul style="list-style-type: none"> Monture, verres : un équipement tous les 2 ans (à compter de la date d'acquisition) sauf pour les personnes dont la vue évolue. Verre simple Verre complexe et très complexe 	Remboursement monture limité à 150 € 100 €/verre 150 €/verre	Remboursement monture limité à 150 € 125 €/verre 250 €/verre
Enfant de moins de 18 ans		
<ul style="list-style-type: none"> Monture, verres : un équipement tous les ans (à compter de la date d'acquisition) Verre simple Verre complexe et très complexe 	Remboursement monture limité à 120 € 100 €/verre 150 €/verre	Remboursement monture limité à 150 € 125 €/verre 250 €/verre
DENTAIRE		
<ul style="list-style-type: none"> Frais de soins Prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires) remboursées par le régime de base (y compris couronnes implanto-portée) Prothèses dentaires (molaires) remboursées par le régime de base (y compris couronnes implanto-portée) Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base Orthodontie remboursée par le régime de base Implantologie (hors couronne implanto-portée) 	230 % BR 330 % BR 280 % BR 322,50 €/an/bénéficiaire 200 % BR 700 €/an/bénéficiaire	330 % BR 430 % BR 380 % BR 430 €/an/bénéficiaire 300 % BR 900 €/an/bénéficiaire
APPAREILLAGE		
<ul style="list-style-type: none"> Gros appareillage (prothèses orthopédiques, auditives, etc.) Fournitures médicales, petit appareillage, pansements Prothèses auditives remboursées par le régime de base 	335 % BR 235 % BR 335 % BR	435 % BR 335 % BR 435 % BR
ASSISTANCE	inclus	inclus

BR : Base de Remboursement ; **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; **FR** : frais réels.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-CO).

(2) Tous les actes de prévention (cf. Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même Code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire.

(3) Y compris pour l'adoption, versée après demande du régime de base sur justificatif.

(4) Se référer aux dépassements d'honoraires spécialistes adhérents ou non aux DPTM.

→ Tableau des garanties santé Alsace-Moselle – Ensemble du personnel

Nature des frais	Remboursements conventionnels	Remboursements conventionnels + optionnels
	Hors remboursement du régime local	Hors remboursement du régime local
FRAIS MÉDICAUX		
• Consultation d'un généraliste	10 % BR	10 % BR
Dépassements d'honoraires généralistes :		
– Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	300 % BR
– Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	80 % BR	100 % BR
• Consultation d'un spécialiste	10 % BR	10 % BR
Dépassements d'honoraires spécialistes :		
– Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	200 % BR	300 % BR
– Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR
• Auxiliaires médicaux	210 % BR	310 % BR
• Analyses, examens de laboratoire ⁽⁴⁾	de 0 % BR à 10 % BR	de 0 % BR à 10 % BR
• Radiologie, actes techniques	10 % BR	10 % BR
Dépassements d'honoraires pour radiologie, actes techniques, analyses, examens de laboratoires :		
– Adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	200 % BR	300 % BR
– Non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	80 % BR	100 % BR
• Actes de prévention ⁽²⁾	de 65 % BR à 10 % BR	de 65 % BR à 10 % BR
• Consultations médecines douces (Chiropracteur, Diététicien, Ergothérapeute, Ostéopathe, Psychologue, Psychomotricien, Psychothérapeute, Étiope, Homéopathe, Acupuncteur)	Forfait de 45 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire	Forfait de 45 €/séance avec un maximum de 4 séances/an/bénéficiaire
PHARMACIE		
• Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	10 % BR	10 % BR
• Médicaments à service médical rendu « modéré »	20 % BR	20 % BR
• Médicaments à service médical rendu « faible »	85 % BR	85 % BR
• Vaccins non remboursés par le régime de base	50 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire
HOSPITALISATION		
• Frais de séjour	200 % BR	300 % BR
• Frais de soins	-	-
Dépassements d'honoraires :		
– Médecins adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	200 % BR	300 % BR
– Médecins non adhérents aux DPTM ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR
• Forfait journalier hospitalier (sauf établissements médicaux sociaux)	-	-
• Chambre particulière (hospitalisation et maternité)	60 €/jour	60 €/jour
• Frais d'accompagnement (enfant de moins de 15 ans)	45 €/jour	45 €/jour
• Transports remboursés par le régime de base	200 % BR	300 % BR
• Forfait actes lourds	-	-
MATERNITÉ		
• Prime de naissance : maternité ou adoption ⁽³⁾	10 % PMSS	12 % PMSS
PSYCHIATRIE		
• Chambre particulière (psychiatrie)	60 €/jour limité à 60/j/an	60 €/jour limité à 60/j/an

→ Tableau des garanties santé Alsace-Moselle – Ensemble du personnel

Nature des frais	Remboursements conventionnels	Remboursements conventionnels + optionnels
	Hors remboursement du régime local	Hors remboursement du régime local
CURES THERMALES		
<ul style="list-style-type: none"> Honoraires⁽⁴⁾ Forfait thermal Frais balnéaires remboursés par le régime de base 	10 % PMSS	12 % PMSS
OPTIQUE		
<ul style="list-style-type: none"> Lentilles remboursées ou non par le régime de base Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil) 	De 0 % ou 10 % BR + 10 % PMSS 250 €/œil	De 0 % ou 10 % BR + 12 % PMSS 250 €/œil
Adulte		
<ul style="list-style-type: none"> Monture, verres : un équipement tous les 2 ans (à compter de la date d'acquisition) sauf pour les personnes dont la vue évolue. Verre simple Verre complexe et très complexe 	Remboursement monture limité à 150 € 100 €/verre 150 €/verre	Remboursement monture limité à 150 € 125 €/verre 250 €/verre
Enfant de moins de 18 ans		
<ul style="list-style-type: none"> Monture, verres : un équipement tous les ans (à compter de la date d'acquisition) Verre simple Verre complexe et très complexe 	Remboursement monture limité à 120 € 100 €/verre 150 €/verre	Remboursement monture limité à 150 € 125 €/verre 250 €/verre
DENTAIRE		
<ul style="list-style-type: none"> Frais de soins Prothèses dentaires (incisives, canines, prémolaires) remboursées par le régime de base (y compris couronnes implanto-portée) Prothèses dentaires (molaires) remboursées par le régime de base (y compris couronnes implanto-portée) Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base Orthodontie remboursée par le régime de base Implantologie (hors couronne implanto-portée) 	200 % BR 310 % BR 260 % BR 322,50 €/an/bénéficiaire 200 % BR 700 €/an/bénéficiaire	300 % BR 410 % BR 360 % BR 430 €/an/bénéficiaire 300 % BR 900 €/an/bénéficiaire
APPAREILLAGE		
<ul style="list-style-type: none"> Gros appareillage (prothèses orthopédiques, auditives, etc.) Fournitures médicales, petit appareillage, pansements Prothèses auditives remboursées par le régime de base 	300 % BR 200 % BR 300 % BR	400 % BR 300 % BR 400 % BR
ASSISTANCE	inclus	inclus

BR : Base de Remboursement ; **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; **FR** : frais réels.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-CO).

(2) Tous les actes de prévention (cf. Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même Code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire.

(3) Y compris pour l'adoption, versée après demande du régime de base sur justificatif.

(4) Se référer aux dépassements d'honoraires spécialistes adhérents ou non aux DPTM.

Annexe 3 — Tableau de la garantie assistance

La garantie assistance est mise en œuvre selon les conditions prévues dans le tableau ci-dessous :

Événement/besoin	Prestations	Limites de la prise en charge
Hospitalisation ou décès d'un assuré	Frais de retour anticipé Mise en relation avec un ambulancier	Billet aller simple train 1 ^{re} classe ou d'avion classe touriste
Incapacité temporaire d'un assuré⁽¹⁾	Frais de transport d'un proche Et, en cas d'hospitalisation, frais d'hébergement en hôtel ou frais de mise à disposition d'un lit à l'hôpital pour ce proche OU Frais d'une aide-ménagère pour l'assuré ou pour le conjoint ⁽²⁾ resté seul OU Frais de portage de plateaux-repas et livraisons de médicaments	Billet aller-retour train 1 ^{re} classe ou d'avion classe touriste dans la limite de 305 € T.T.C. Pendant la durée de l'hospitalisation dans la limite de 46 € T.T.C. par nuit et de 230 € T.T.C. pour l'ensemble de la dépense OU Pendant la durée de l'incapacité et dans la limite de 20 heures OU Pendant la durée de l'incapacité, dans la limite de 15 portages de repas et de 2 livraisons de médicaments
Incapacité temporaire ou retour d'hospitalisation d'un assuré de 60 ans et plus⁽³⁾	Mise à disposition d'un dispositif de téléassistance 24 h/24	Pendant la durée de l'incapacité et dans la limite de 2 mois
Incapacité temporaire d'un assuré avec des enfants de moins de 15 ans⁽¹⁾	Frais de garde des enfants OU Frais de transport quotidien à l'école OU Frais de transport chez un proche	Pendant la durée de l'incapacité, dans la limite de 20 heures au total OU Pendant la durée de l'incapacité, dans la limite de 5 jours au total OU Billet aller-retour train 1 ^{re} classe ou d'avion classe touriste dans la limite de 305 € T.T.C.
Incapacité temporaire d'un enfant assuré de moins de 18 ans⁽⁴⁾	Frais de transport d'un proche Et, en cas d'hospitalisation, frais d'hébergement en hôtel ou frais de mise à disposition d'un lit à l'hôpital pour ce proche OU Frais de garde OU Frais de soutien scolaire	Billet aller-retour de train 1 ^{re} classe ou d'avion classe touriste dans la limite de 305 € T.T.C. Pendant la durée de l'hospitalisation dans la limite de 46 € T.T.C. par nuit, l'ensemble n'excédant pas 230 € T.T.C. OU Pendant la durée de l'incapacité et dans la limite de 20 heures OU Pendant la durée de l'incapacité et dans la limite de 1 mois (hors vacances scolaires), à raison de 3 heures consécutives par jour
Incapacité temporaire d'un assuré avec des animaux⁽¹⁾	Frais des soins apportés par un voisin OU Frais de transport vers une pension animalière	Pendant la durée de l'incapacité, dans la limite de 8 € T.T.C. par jour et pendant 10 jours OU Pendant la durée de l'incapacité et dans la limite de 305 € T.T.C.

(1) L'une des prestations de cet événement est accordée 2 fois par an et par adhérent.

(2) Ou pour un proche resté seul et vivant de manière permanente sous le même toit que l'assuré.

(3) La prestation de cet événement est accordée une fois par an et par adhérent.

(4) L'une des prestations de cet événement est accordée une fois par an et par enfant assuré.

ARTICLE 1

Dispositions générales de la garantie assistance

1. OBJET DE L'ASSISTANCE

AGRICA SANTÉ ASSISTANCE comprend l'ensemble des prestations mises en œuvre au domicile de l'assuré pour couvrir les conséquences d'une incapacité temporaire, consécutive à une maladie ou un accident, ou d'un décès.

2. ASSUREUR DE L'ASSISTANCE

En accord avec CCPMA PRÉVOYANCE, MUTUAIDE ASSISTANCE (entreprise régie par le Code des assurances, située 8, avenue des Frères-Lumière 94366 Bry-sur-Marne) assure la garantie et la gestion des prestations d'assistance définies dans la présente annexe.

Dans le cadre de cette assistance et de la présente annexe, MUTUAIDE ASSISTANCE se présente sous le nom d'AGRICA SANTÉ ASSISTANCE, accomplit les démarches nécessaires à l'assuré pour avoir accès à la prestation et finance la prestation.

3. DÉBUT ET FIN DE L'ASSISTANCE

L'assuré bénéficie de l'assistance dès qu'il ouvre droit à la garantie frais de santé, objet de la présente notice.

L'assistance cesse tous effets en cas de résiliation du présent contrat ou en cas de sortie du salarié du groupe assuré. En cas de résiliation ou de sortie du groupe assuré, les frais d'assistance prévus sont pris en charge par AGRICA SANTÉ ASSISTANCE si l'événement qui y a donné naissance est antérieur à la date de résiliation ou de sortie du contrat.

4. DÉFINITIONS

Incapacité temporaire d'un assuré

État empêchant l'assuré d'exercer son activité habituelle et entraînant à la suite d'une maladie ou d'un accident :

- soit son immobilisation à domicile, à la suite d'une hospitalisation ou non, pour une durée d'au moins 8 jours consécutifs, pour des raisons médicalement justifiées et prouvées ;
- soit son hospitalisation dans un établissement de soins pour une durée d'au moins 2 jours consécutifs, non prescrite médicalement plus de 3 jours à l'avance.

Incapacité temporaire d'un enfant assuré

État empêchant l'enfant assuré de poursuivre sa scolarité en l'immobilisant à son domicile pour des raisons médicalement justifiées et prouvées.

Certificat médical descriptif

Document justifiant et prouvant l'hospitalisation ou l'immobilisation d'un assuré à son domicile. Il est complété à la fois par le médecin, qui atteste de l'incapacité, et par l'assuré, qui complète la partie administrative.

Après avoir contacté AGRICA SANTÉ ASSISTANCE, l'assuré envoie ce document à leur service médical. Il sera traité dans le respect du secret médical.

Domicile

Résidence principale déclarée par le salarié assuré à son employeur : elle doit se situer en France métropolitaine, dans les principautés d'Andorre ou de Monaco, ou dans les départements ou territoires d'outre-mer, si tel est situé aussi le lieu de travail.

Animaux familiers

Chiens, chats ou autres animaux domestiques vivant au domicile de l'assuré.

5. ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

L'assuré bénéficie des prestations de la garantie assistance santé à son domicile situé en France métropolitaine, dans les principautés d'Andorre ou de Monaco, ou dans les départements ou territoires d'outre-mer, si tel est situé aussi le lieu de travail.

6. LES CONDITIONS D'INTERVENTION DE LA GARANTIE

Seul l'appel téléphonique, au moment de l'événement, permet le déclenchement de l'assistance. Les prestations doivent être organisées par les soins d'AGRICA SANTÉ ASSISTANCE ou avec son accord.

Responsabilité

La responsabilité d'AGRICA SANTÉ ASSISTANCE ne peut en aucun cas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engin, effet nucléaire ou radioactif, empêchement climatique.

Cadre de son intervention

AGRICA SANTÉ ASSISTANCE intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

AGRICA SANTÉ ASSISTANCE ne peut, en aucun cas, se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

L'assuré doit permettre aux médecins d'AGRICA SANTÉ

ASSISTANCE l'accès à toute information médicale concernant la personne pour laquelle AGRICA SANTÉ ASSISTANCE intervient. Cette information sera traitée dans la confidentialité et dans le respect du secret médical.

Contrôle des droits invoqués

Pour bénéficier d'une prestation, AGRICA SANTÉ ASSISTANCE peut demander à l'assuré de justifier de la qualité qu'il invoque et de produire, à ses frais, les pièces ou documents prouvant ce droit.

Remboursement

• Remboursement des titres de transport

Si un assuré n'a pas utilisé un ou des titres de transport, du fait de son retour d'urgence, AGRICA SANTÉ ASSISTANCE lui demandera, dans le mois qui suit son retour, de lui adresser le montant du remboursement correspondant à ce(s) titre(s), sauf à lui justifier que ce(s) titre(s) n'est (ne sont) pas remboursable(s).

—

• Remboursement de factures

AGRICA SANTÉ ASSISTANCE remboursera à l'assuré, sur présentation des originaux, les factures correspondant à des frais engagés avec son accord, et ce, sous réserve qu'il ait été contacté dans les délais impartis.

—

Ces demandes doivent être adressées à :

MUTUAIDE ASSISTANCE

AGRICA SANTÉ ASSISTANCE

8-14, avenue des Frères-Lumière

94366 Bry-sur-Marne Cedex.

7. DÉMARCHES POUR BÉNÉFICIER DE L'ASSISTANCE

Pour permettre à AGRICA SANTÉ ASSISTANCE d'intervenir dans les meilleures conditions, il est possible de les contacter 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

Seul l'appel téléphonique au moment de l'événement permet le déclenchement de l'assistance.

Numéros de téléphone

De France :

par téléphone : 01 45 16 65 11

par télécopie : 01 45 16 63 92 ou 01 45 16 63 94

—

De l'étranger :

précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international

par téléphone : 33 1 45 16 65 11

par télécopie : 33 1 45 16 63 92 ou 33 1 45 16 63 94

Informations nécessaires lors de l'appel

L'assuré doit penser à rassembler les informations suivantes, qui lui seront demandées lors de son appel :

- le nom et l'adresse de son entreprise ;
- ses nom et prénoms (si l'appelant n'est pas l'assuré, préciser le nom et prénoms de l'assuré) ;
- son numéro de Sécurité sociale ;
- l'adresse de son domicile ;
- le cas échéant, les nom et prénoms de la personne qui bénéficiera des prestations ;
- le lieu et le numéro de téléphone où il peut être joint ;
- la nature de son problème.

8. LES EXCLUSIONS DE LA GARANTIE

Outre les exclusions mentionnées à l'article 3-6 de la présente notice, sont exclus de l'assistance :

- une hospitalisation de l'assuré de moins de 2 jours consécutifs ;
- une immobilisation de l'assuré au domicile de moins de 8 jours consécutifs ;
- les états de grossesse, l'accouchement ;
- un acte intentionnel ou dolosif de l'assuré.

—

Les prestations qui n'ont pas été organisées par les soins de AGRICA SANTÉ ASSISTANCE, ou avec son accord, ne donnent pas droit, a posteriori, à un remboursement ou à une indemnité compensatrice.

—

Les prestations ne peuvent être accordées ni dans les pays en état de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non ni dans les pays touchés par des tremblements de terre, éruptions volcaniques, raz de marée ou autres cataclysmes. Les prestations ne seront pas accordées pour couvrir les conséquences d'infractions à la législation française ou étrangère.

ARTICLE 2

Descriptif de la garantie assistance

1. L'HOSPITALISATION OU LE DÉCÈS D'UN ASSURÉ

En cas d'hospitalisation ou de décès d'un assuré, AGRICA SANTÉ ASSISTANCE organise et prend en charge le retour d'un autre assuré se trouvant en déplacement (voyage d'agrément, voyage d'affaires, séjour en résidence secondaire) pour le ramener à son domicile, en France métropolitaine, dans les principautés d'Andorre ou de Monaco ou dans les départements et territoire d'outre-mer, et ce, sur la base d'un billet de train 1^{re} classe ou d'avion classe tourisme.

En cas de maladie ou d'accident nécessitant l'hospitalisation d'un assuré, AGRICA SANTÉ ASSISTANCE organise (mais ne prend pas en charge) son transport jusqu'à l'hôpital approprié le plus proche, sous réserve que l'événement ait été dûment constaté par un médecin et ait donné lieu à la délivrance d'un bon de transport.

En aucun cas, AGRICA SANTÉ ASSISTANCE ne peut se substituer aux secours locaux d'urgence tels que SAMU, SMUR, pompiers...

2. L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE D'UN ASSURÉ

En cas d'incapacité temporaire d'un assuré, AGRICA SANTÉ ASSISTANCE organise et prend en charge, dès le premier jour, l'une des prestations suivantes :

→ **soit la venue d'une personne désignée par l'assuré pour lui apporter une aide au quotidien.** AGRICA SANTÉ ASSISTANCE organise et prend en charge les frais de transport aller-retour de cette personne résidant en France métropolitaine, dans les principautés d'Andorre ou de Monaco ou dans les départements et territoires d'outre-mer, ou bien résidant dans le pays limitrophe, à moins de 100 km du domicile de l'assuré s'il est frontalier, et ce, dans les limites indiquées dans le tableau des montants des garanties.

De plus, en cas d'hospitalisation de l'assuré, AGRICA SANTÉ ASSISTANCE prend en charge les frais d'hébergement en hôtel ou les frais de mise à disposition d'un lit d'accompagnant dans l'établissement hospitalier (y compris le petit-déjeuner) de la personne qui se rend sur place, dans les limites indiquées dans le tableau de garanties. Les frais de restauration restent à la charge de cette personne ;

→ **soit, dans la limite des disponibilités locales, la venue d'une aide-ménagère** pour effectuer les tâches indispensables de la vie quotidienne. Cette personne assistera l'assuré à raison de 2 heures consécutives par jour, dans une tranche horaire de 8h00 à 19h00, du lundi au vendredi, hors jours fériés, pour la durée de l'incapacité et au maximum pour 20 heures.

Cette prestation est également mise en œuvre, en cas de décès d'un assuré, pour le conjoint resté seul ou pour un proche resté seul et vivant de manière permanente sous le même toit que l'assuré, et ce, dans la limite de 1 mois à compter de la date du décès ;

→ **soit, dans la limite des contraintes locales, la livraison d'un repas par jour**, dans la limite de 15 portages pour la durée de l'incapacité, et la livraison

des médicaments prescrits par le médecin à concurrence de 2 livraisons. Le coût des repas et le montant des médicaments restent à la charge de l'assuré.

L'une de ces prestations est accordée 2 fois par an et par adhérent.

3. L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE D'UN ASSURÉ DE 60 ANS ET PLUS

En cas d'incapacité temporaire d'un assuré de 60 ans et plus, AGRICA SANTÉ ASSISTANCE organise et prend en charge la mise à disposition d'un dispositif de téléassistance 24 h sur 24 pendant 2 mois.

Cette prestation est accordée 1 fois par an et par adhérent.

4. L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE D'UN ASSURÉ AVEC DES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS

En cas de décès d'un assuré, ou d'incapacité temporaire d'un assuré, AGRICA SANTÉ ASSISTANCE organise et prend en charge, dès le premier jour, pour les enfants de moins de 15 ans de l'assuré l'une des 3 prestations suivantes :

→ **soit, dans la limite des contraintes locales, la garde au domicile des enfants** par une personne compétente et qualifiée, dans une tranche horaire de 8h00 à 19h00, du lundi au vendredi, hors jours fériés, pour la durée de l'incapacité et au maximum pour 20 heures ;

→ **soit leur transport quotidien domicile-école-domicile**, à raison de 2 fois par jour, pendant la durée de l'incapacité et au maximum pour 5 jours ;

→ **soit le transport aller-retour des enfants** jusqu'au domicile d'un proche désigné par l'assuré et résidant en France métropolitaine, dans les principautés d'Andorre ou de Monaco ou dans les départements et territoires d'outre-mer, dans les limites indiquées dans le tableau de garanties (y compris le coût de l'accompagnateur).

L'une de ces prestations est accordée deux fois par an et par adhérent. Elle est cumulable avec les prestations prévues au paragraphe 2 du présent article.

5. L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DES ENFANTS ASSURÉS DE MOINS DE 18 ANS

Pour celui ou ceux des enfants assurés âgés de moins de 18 ans en incapacité temporaire, AGRICA SANTÉ ASSISTANCE organise et prend en charge, dans la limite des contraintes locales, dès le premier jour, l'une des 3 prestations suivantes :

→ **soit la venue d'une personne désignée par l'assuré pour lui apporter une aide au quotidien.** AGRICA SANTÉ ASSISTANCE organise et prend en charge les frais de transport aller-retour de cette personne résidant en France métropolitaine, dans les principautés d'Andorre ou de Monaco ou dans les départements et territoires d'outre-mer, ou bien résidant dans le pays limitrophe, à moins de 100 km du domicile de l'assuré s'il est frontalier, et ce, dans les limites indiquées dans le tableau des montants des garanties.

De plus, en cas d'hospitalisation de l'enfant assuré, AGRICA SANTÉ ASSISTANCE prend en charge les frais d'hébergement en hôtel, ou les frais de mise à disposition d'un lit d'accompagnant dans l'établissement hospitalier (y compris le petit-déjeuner) de la personne qui se rend sur place, dans les limites indiquées dans le tableau des montants des garanties. Les frais de restauration restent à la charge de cette personne ;

→ **soit la garde au domicile des enfants** par une personne compétente et qualifiée, dans une tranche horaire de 8 h 00 à 19 h 00, du lundi au vendredi, hors jours fériés, pour la durée de l'incapacité et au maximum pour 20 heures ;

→ **soit leur soutien pédagogique ;** cette garantie s'applique aux enfants du primaire ou du secondaire, sous forme de cours particuliers donnés à leur domicile, pour la durée de l'incapacité et au maximum pour 1 mois, à concurrence de 3 heures consécutives par jour ouvrable, hors vacances scolaires.

L'une de ces prestations est accordée une fois par an et par enfant assuré.

6. L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE D'UN ASSURÉ AVEC DES ANIMAUX

En cas d'incapacité temporaire d'un assuré, s'il vit seul et si personne n'est susceptible de s'occuper de la garde de ses animaux familiers, AGRICA SANTÉ ASSISTANCE organise et prend en charge, dès le premier jour, l'une des 2 prestations suivantes :

→ **soit la prise en charge des soins prodigués à ses animaux familiers** (promenade et alimentation) par un voisin, pour la durée de l'incapacité, et au maximum pour 10 jours, dans les limites indiquées dans le tableau des montants des garanties ;

→ **soit le transport de ses animaux jusqu'à la pension animalière la plus proche** susceptible de les accueillir, dans les limites indiquées dans le tableau des montants des garanties.

Les frais de nourriture et de pension restent à la charge de l'assuré.

L'une de ces prestations est accordée 2 fois par an et par adhérent. Elle est cumulable avec les prestations prévues au paragraphe 2 du présent article.

7. LA RECHERCHE D'INFORMATIONS SANTÉ

AGRICA SANTÉ ASSISTANCE met l'assuré en relation avec tout prestataire ou organisme susceptible de répondre à sa demande de renseignements ou d'intervention, ou pour régler un problème dans les domaines de la santé :

- mise en relation avec un médecin en cas de maladie ou d'accident survenant au domicile et en l'absence dûment constatée du médecin traitant ;
- recherche de kinésithérapeutes, infirmiers... ;
- recherche d'établissements hospitaliers (spécialisés ou non), de centres d'hébergement temporaires et/ou longue durée (convalescences, cures, maisons de retraite, etc.) et mise en relation avec ces établissements ;
- information sur les organismes sociaux, conseils sur les démarches à effectuer ;
- information à caractère général dans le domaine de la santé, à l'exclusion de toute consultation médicale téléphonique.

Ce service est accessible du lundi au vendredi, de 9 h 00 à 21 h 00, hors jours fériés.

À noter

Le rôle de MUTUAIDE ASSISTANCE se limite à fournir des adresses et numéros de téléphone. Il appartient ensuite à l'assuré de sélectionner le prestataire de son choix et de négocier avec lui les conditions de son intervention. En aucun cas, MUTUAIDE ASSISTANCE ne pourra se porter garant de la qualité des soins dispensés ni voir sa responsabilité engagée à ce titre.

—

En aucun cas, MUTUAIDE ASSISTANCE ne peut se substituer aux secours locaux d'urgence tels que SAMU, SMUR, pompiers...

Sont exclues toutes prises en charge de frais, rémunération de services ou de prestations, de même que toutes avances de fonds.

Annexe 4 —

Extrait des statuts et règlement mutualiste CCMO MUTUELLE

EXTRAIT DES STATUTS CCMO MUTUELLE EN VIGUEUR AU 1^{ER} JANVIER 2013

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

Chapitre I

Formation et objet de la mutuelle

ARTICLE 1 : DÉNOMINATION DE LA MUTUELLE

Il est institué une mutuelle dénommée CCMO MUTUELLE, personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise au livre II du Code de la mutualité du fait de ses activités d'assurances, conformément aux articles L. 211-1 et suivants et R. 211-1 et suivants dudit Code.

ARTICLE 2 : SIÈGE DE LA MUTUELLE

Le siège social de la mutuelle est situé à Beauvais – 6, avenue du Beauvaisis PAE du Haut-Villé 60000 Beauvais.

ARTICLE 3 : INSCRIPTION AU RÉPERTOIRE SIRENE

La mutuelle est inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 780508073.

ARTICLE 4 : OBJET DE LA MUTUELLE

1. MISSIONS

La mutuelle a pour objet, notamment, de mener dans l'intérêt de ses membres et de leurs familles une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, en vue :

- d'assurer la couverture des dépenses d'assurance maladie, directement, indirectement ou acceptée en réassurance :
 - au titre de l'assurance non-vie ;
 - dans la branche 1a, 1b, 1c, complémentaire santé liée à un accident ;
 - dans la branche 2a, 2b, 2c, complémentaire santé liée à une maladie au titre de l'assurance vie ;
 - dans la branche 20, allocation obsèques ;
 - dans la branche 21, allocation naissance ;
- d'assurer la diffusion de produits de prévoyance, d'épargne, de retraite, d'assistance ou de protection juridique, etc., dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance ;
- de participer à toutes les actions prévues par le Code de la mutualité et à toutes les opérations se rattachant directement ou indirectement à l'objet de la mutuelle.

En outre, la mutuelle a la possibilité de déléguer ou de recevoir totalement ou partiellement la gestion de contrats

souscrits dans le cadre d'opérations individuelles ou collectives.

2. INTERMÉDIATION

La mutuelle a la possibilité de recourir à des intermédiaires d'assurance et de réassurance pour la diffusion de ses garanties et d'effectuer des activités d'intermédiation.

ARTICLE 5 : FONDS SOCIAL

Il existe un fonds social constitué par la mutuelle qui permet l'examen de cas particuliers dans le cadre de secours ponctuels et exceptionnels. Tout dossier susceptible de bénéficier de l'attribution de telles prestations doit obligatoirement être accompagné d'un courrier spécifique. Selon la requête formulée, des pièces nécessaires à l'étude du dossier peuvent être exigées (justificatifs de revenus et de charges).

ARTICLE 6 : RÈGLEMENT MUTUALISTE

En application de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité, le règlement mutualiste, adopté par l'Assemblée générale sur proposition du Conseil d'administration, définit le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

ARTICLE 7 : RESPECT DE L'OBJET DES MUTUELLES

Les organes et les instances dirigeantes de la mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de la mutualité, tels que les définit l'article L. 111-1 du Code de la mutualité.

Chapitre II

Conditions d'adhésion, de démission, de résiliation, de radiation et d'exclusion

—

Section I : ADHÉSION

—

ARTICLE 8 : CATÉGORIE DE MEMBRES

La mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires.

Les membres participants sont des personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient et/ou font bénéficier à leurs ayants droit des prestations correspondant aux garanties qu'ils ont souscrites.

Les membres participants peuvent faire des dons à la mutuelle.

—

Les membres honoraires sont soit des personnes physiques qui paient une cotisation ou font des dons à la mutuelle, sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la mutuelle, soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif.

ARTICLE 9 : CONDITIONS D'ADHÉSION

Peuvent adhérer à la mutuelle en qualité de membre participant les personnes qui remplissent les conditions suivantes :

- être assujetties à un régime obligatoire de base ;
- être âgées de plus de 16 ans, sous réserve pour les mineurs d'en faire la demande expresse sans l'intervention de leur représentant légal.

—

Sont considérés comme ayants droit du membre participant :

- le conjoint, concubin ou cosignataire d'un PACS sur présentation de justificatifs ;
- les enfants âgés de moins de 18 ans, non salariés ;
- les enfants âgés de 18 à 28 ans qui justifient de la poursuite d'études, d'un contrat d'apprentissage, d'une formation en alternance, de leur 1^{re} inscription en tant que demandeur d'emploi non indemnisé au titre de la réglementation en vigueur ;
- les personnes vivant sous le toit de l'assuré et à sa charge, au sens fiscal du terme, sur présentation d'un justificatif (ascendants, descendants autres que les enfants visés aux deux alinéas précédents et collatéraux), sauf refus exprès du représentant légal ;
- tout autre ayant droit reconnu par un régime obligatoire de base.

ARTICLE 10 : ADHÉSION INDIVIDUELLE

Acquièrent la qualité d'adhérent à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 9 des présents statuts et qui font acte d'adhésion constaté par la signature d'un bulletin d'adhésion, comportant notamment la déclaration exacte de l'identité de chacune des personnes protégées.

—

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des statuts de la mutuelle et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste. Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des présents statuts sont portés à la connaissance de chaque adhérent.

ARTICLE 11 : ADHÉSION DANS LE CADRE DE CONTRATS COLLECTIFS

1. OPÉRATIONS COLLECTIVES FACULTATIVES

La qualité d'adhérent à la mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte de plein droit acceptation des dispositions des statuts, du règlement mutualiste et des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre :

- la mutuelle et une personne morale dans l'intérêt de ses membres ;
- la mutuelle et un employeur, personne physique ou morale, ou toute structure juridique qui lui est rattachée.

2. OPÉRATIONS COLLECTIVES OBLIGATOIRES

La qualité d'adhérent à la mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion qui emporte de plein droit acceptation des dispositions des statuts, du règlement mutualiste et des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre un employeur personne physique ou morale, d'une part, et la mutuelle, d'autre part, et ce, en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles en vigueur.

ARTICLE 12 : COTISATIONS

Les membres à titre particulier ou dans le cadre d'un contrat collectif paient une cotisation annuelle versée annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement, selon les conditions prévues dans le règlement mutualiste. À défaut de paiement dans un délai de dix jours qui suit l'échéance, la mutuelle pourra appliquer des majorations de retard à la charge de la collectivité ou de l'adhérent, selon le cas. En outre, la mutuelle pourra, à tout moment, décider de demander à la justice la poursuite de l'exécution du contrat, qu'il soit individuel, collectif facultatif ou collectif obligatoire.

—

SECTION II : RÉSILIATION – RADIATION – EXCLUSION

—

ARTICLE 13 : RÉSILIATION

La résiliation doit être notifiée par écrit, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, dans les délais fixés par le règlement mutualiste, conformément aux dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la mutualité.

ARTICLE 14 : RADIATION

Sont radiés les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L. 221-7, L. 221-8 et L. 221-17 du Code de la mutualité.

ARTICLE 15 : EXCLUSION

Peuvent être exclus les membres qui auraient porté volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle ou causé un préjudice dûment constaté à celle-ci.

Le membre dont l'exclusion est prononcée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Président du Conseil d'administration qui peut déléguer ses pouvoirs.

ARTICLE 16 : CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION, DE LA RADIATION ET DE L'EXCLUSION

La résiliation, la radiation ou l'exclusion ne peuvent en aucun cas donner droit au remboursement des cotisations versées et entraînent l'arrêt du versement des prestations postérieures à la date de la résiliation, de la radiation ou de l'exclusion.

TITRE II**ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE****Chapitre I : Assemblée générale**

—

Section I : COMPOSITION – ÉLECTION

—

ARTICLE 17 : COLLÈGES

Tous les membres de la mutuelle sont répartis en collèges. L'étendue et la composition des collèges sont fixées par les statuts.

ARTICLE 18 : COMPOSITION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée générale est composée des délégués des quatre collèges ci-après définis :

- un collège pour les individuels, composé des adhérents à titre individuel (tels que définis à l'article 10 ci-avant), qu'ils soient membres du groupe des particuliers ou du groupe des travailleurs non salariés, ainsi que les adhérents relevant d'un contrat collectif facultatif souscrit par une personne morale dans l'intérêt de ses membres (tels que définis à l'article 11.1 ci-avant) ;
- un collège pour les collectivités, regroupant l'ensemble des adhérents relevant d'un contrat collectif facultatif (tels que définis à l'article 11.1 ci-avant), ou obligatoire (tels que définis à l'article 11.2 ci-avant) ;
- un collège pour les sections d'activité chimie, transport, métallurgie, services, agroalimentaire, distribution, collectivités territoriales, collectivités à but non lucratif, autres collectivités ;
- un collège pour les membres honoraires, regroupant l'ensemble des personnes physiques ou morales souscriptrices de contrats collectifs visés à l'article 11.1 et 11.2 ci-avant.

En tout état de cause, dans le cas où une personne physique serait rattachée à deux collèges, elle ne peut bénéficier que d'une voix à l'Assemblée générale.

ARTICLE 19 : ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS

Les membres participants de chaque collège élisent les délégués à l'Assemblée générale de la mutuelle.

Collège des individuels

Les adhérents du collège des individuels sont divisés en tranches de 1 000 adhérents. Chacun des membres de ce collège élit ses délégués au scrutin de liste à un tour. Chaque délégué élu représente 1 000 adhérents. Le dernier délégué élu représente le nombre d'adhérents égal à la différence entre le nombre total d'adhérents à titre individuel et le plus

grand multiple de 1 000 compris dans le nombre total d'adhérents. Exemple : pour 25 456 adhérents à titre individuel, le nombre de délégués sera de 26. Les 25 premiers délégués élus représenteront 1 000 voix et le 26^e représentera 456 voix.

Collège des collectivités

Chaque collectivité désigne un délégué par tranche de 1 000 adhérents à l'Assemblée générale. Exemple : pour 1 500 salariés adhérents, le nombre de délégués sera de 2. Le premier délégué représentera 1 000 voix et le deuxième représentera 500 voix.

Collège des sections d'activité

Les collectivités appartenant à un secteur d'activité défini ci-dessus élisent au sein de la section d'activité un délégué de ladite section à l'Assemblée générale.

Collège des membres honoraires

Chaque membre honoraire, personne morale, désigne un délégué à l'Assemblée générale qui dispose d'une voix. Le délégué honoraire peut être le même que celui désigné par la collectivité. Chaque membre honoraire, personne physique, participe à l'Assemblée en tant que délégué.

ARTICLE 20 : MODE D'ÉLECTION

Les délégués sont élus pour 6 ans. Le point de départ du mandat est le jour de la tenue de l'Assemblée générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice écoulé.

Il est créé par le Conseil d'administration une commission électorale chargée de s'assurer de la régularité des opérations électorales et de valider les candidatures aux fonctions de délégué. La commission électorale est compétente pour :

- appliquer le calendrier électoral établi par le Conseil d'administration ;
- veiller à organiser la publicité des opérations électorales ;
- contrôler et arrêter les candidatures au jour de la publication du calendrier électoral ;
- organiser les opérations de vote par correspondance, puis de dépouillement ;
- proclamer les résultats ;
- arbitrer les contentieux relatifs aux élections des délégués.

À l'issue de chaque scrutin, la commission électorale établit un rapport destiné à l'Assemblée générale sur le déroulement des opérations électorales.

La commission électorale est composée de 6 membres désignés par le Conseil d'administration de la mutuelle pour la durée des opérations électorales.

La commission élit parmi ses membres un président. Les décisions de la commission sont prises à la majorité simple, après application d'un quorum de trois personnes. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante. En cas d'incapacité d'un membre de la commission, le Conseil d'administration désigne un remplaçant.

Le droit de vote des membres participants incapables majeurs est exercé par leur représentant légal.

La perte de qualité de membre entraîne celle de délégué ou de délégué suppléant.

Collège des individuels

→ Délégués titulaires :

les élections des délégués ont lieu à bulletin secret par correspondance, selon un scrutin uninominal à majorité simple.

→ Délégués suppléants :

les candidats non élus ayant obtenu dans le collège le plus grand nombre de voix constituent des délégués suppléants, l'ordre de suppléance étant fixé par nombre décroissant de voix obtenues et à égalité au plus jeune.

Collège des collectivités

Les délégués des collectivités sont désignés par l'entreprise à laquelle ils appartiennent ou par les adhérents au contrat groupe.

Collège des sections d'activité

Les élections des délégués des sections d'activité ont lieu à bulletin secret par correspondance, selon un scrutin uninominal à majorité simple.

Collège des membres honoraires

Les délégués des membres honoraires personnes morales sont désignés par le membre honoraire. Ce délégué peut être le même que celui qui est élu par les adhérents de la collectivité.

Les membres honoraires personnes physiques assistent personnellement à l'Assemblée générale ou peuvent se faire représenter dans les conditions prévues aux présents statuts.

ARTICLE 21 : VACANCE EN COURS DE MANDAT D'UN DÉLÉGUÉ D'UN COLLÈGE

En cas de vacance en cours de mandat, par décès, démission ou toute autre cause, d'un délégué d'un collège, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant qui a obtenu le plus grand nombre de voix. En cas de vacance du délégué du membre honoraire, ce dernier désigne un nouveau délégué.

ARTICLE 22 : ABSENCE DE DÉLÉGUÉ SUPPLÉANT

En cas de vacance en cours de mandat, par décès, démission ou toute autre cause, du délégué d'un collège et en l'absence de délégué suppléant, il est procédé au sein du collège, dans les douze mois qui suivent la constatation de la vacance, à l'élection d'un nouveau délégué qui achève le mandat de son prédécesseur.

ARTICLE 23 : NOMBRE DE DÉLÉGUÉS**Collège des particuliers**

Il existe autant de délégués qu'il y a de tranches complètes ou non de 1 000 adhérents. Chaque délégué de ce collège dispose donc à l'Assemblée du nombre de voix de sa tranche, avec un maximum de 1 000 voix.

—

Collège des collectivités

Chaque délégué de ce collège dispose à l'Assemblée d'autant de voix qu'il représente de membres participants de sa collectivité par tranche de 1 000 adhérents maximum.

—

Collège des sections d'activité

Il existe autant de délégués qu'il y a de section d'activité :

- chimie ;
- transport ;
- métallurgie ;
- agroalimentaire ;
- services ;
- distribution ;
- collectivités territoriales ;
- collectivités à but non lucratif ;
- autres collectivités.

Chaque délégué dispose pour son collège d'une voix consultative à l'Assemblée générale. Il peut en outre recevoir les voix d'autres délégués à l'Assemblée générale (cf. article 24).

—

Collège des membres honoraires

Chaque délégué représente un membre honoraire et dispose à ce titre d'une voix à l'Assemblée générale.

ARTICLE 24 : PROCURATION

Tout délégué titulaire, à l'exception des délégués des sections d'activité, empêché d'assister à l'Assemblée générale, pourra, conformément aux dispositions de l'article L. 114-13 alinéa 2 du Code de la mutualité, se faire représenter à l'Assemblée générale par un autre délégué à qui il aura donné procuration. Chaque délégué ne peut disposer que d'un nombre limité de procurations, dans la mesure où, en tout état de cause, le nombre de voix réunies par une même personne à l'Assemblée générale ne peut

excéder 2 000. Il sera tenu compte des procurations pour le calcul du quorum fixé à l'article 30 ci-après.

—

Section II : RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

—

ARTICLE 25 : CONVOCATION ANNUELLE OBLIGATOIRE

L'Assemblée générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'administration.

À défaut, le président du tribunal de grande instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'administration de convoquer cette Assemblée ou de désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

ARTICLE 26 : AUTRES CONVOCATIONS

L'Assemblée générale peut également être convoquée par :

- la majorité des administrateurs composant le Conseil d'administration ;
- les commissaires aux comptes ;
- la Commission de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité ;
- un administrateur provisoire nommé par la Commission de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité ;
- les liquidateurs.

À défaut, le président du tribunal de grande instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'administration de convoquer cette Assemblée ou de désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

ARTICLE 27 : MODALITÉS DE CONVOCATION

L'Assemblée générale doit être convoquée 15 jours au moins avant la date de sa réunion.

La convocation est adressée nominativement aux délégués de chaque collège par courrier simple.

—

À la convocation des délégués est joint un pouvoir de représentation, que le délégué empêché d'assister à l'Assemblée générale transmettra à son représentant. Ce dernier devra informer la mutuelle de son mandat, au plus tard le jour de l'Assemblée générale.

ARTICLE 28 : ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour de l'Assemblée générale est arrêté par l'auteur de la convocation, conformément au Code de la mutualité. Il doit être joint à la convocation.

Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'Assemblée générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

Section III : ATTRIBUTIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 29 : COMPÉTENCES DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

• **L'Assemblée générale de la mutuelle procède à l'élection des membres du Conseil d'administration** et, le cas échéant, à leur révocation.

• **L'Assemblée générale de la mutuelle statue sur :**

- les modifications des statuts ;
- les activités exercées ;
- l'existence et le montant des droits d'adhésion ;
- le montant du fonds d'établissement ;
- les montants ou taux de cotisations ;
- les prestations offertes ;
- le contenu du règlement mutualiste défini par l'article L. 114-1 du Code de la mutualité ;
- l'adhésion ou le retrait à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que la création d'une autre mutuelle ou d'une union ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance ;
- la délégation à accorder au Conseil d'administration pour négocier, signer et mettre en place les traités de réassurance avec des organismes mutualistes ou non ;
- l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité ;
- les principes que doivent respecter les gestions pour compte ou les délégations de gestion relatives aux contrats individuels ou collectifs ;
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire ;
- le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
- les comptes combinés ou consolidés de l'exercice, ainsi que le rapport de gestion du groupe ;
- le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L. 114-34 du Code de la mutualité ;
- le rapport du Conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles régies par les Livres I et III, auquel est joint le rapport du commissaire

aux comptes prévu à l'article L. 114-39 du Code de la mutualité ;

- le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L. 310-4 du Code de la mutualité.

• **L'Assemblée générale de la mutuelle décide :**

- la nomination des commissaires aux comptes ;
- la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle prononcée conformément aux dispositions statutaires ;
- les délégations de pouvoir prévues à l'article 31 des présents statuts ;
- les apports faits aux mutuelles et aux unions en vertu des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité.

• **L'Assemblée générale de la mutuelle donne tous pouvoirs au Conseil d'administration** pour négocier et mettre en œuvre des contrats de gestion pour le compte de partenaires mutualistes, ou non, et à donner en gestion, si bon lui semble, à des partenaires mutualistes, ou non, les contrats qu'il a souscrits.

ARTICLE 30 : MODALITÉS DE VOTE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

• **Délibérations de l'Assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité renforcée pour être adoptées.**

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisations, le montant du fonds d'établissement, la délégation de pouvoirs prévue à l'article 31 des statuts, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle, l'Assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses membres présents ou représentés est au moins égal à la moitié du total des membres.

Si, lors de la première convocation, l'Assemblée générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde Assemblée générale peut être convoquée, qui délibère valablement si le nombre de ses membres présents ou représentés est égal au moins au quart du total des membres.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

• **Délibérations de l'Assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité simple pour être adoptées.**

Pour l'exercice des attributions autres que celles mentionnées au l) du présent article, l'Assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses membres présents ou représentés est égal au moins au quart du total des membres.

Si, lors de la première convocation, l'Assemblée générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde Assemblée générale peut être convoquée, qui délibère valablement, quel que soit le nombre de ses membres présents ou représentés.

Les décisions sont prises à la majorité simple des suffrages exprimés.

ARTICLE 31 : DÉLÉGATION DE POUVOIRS

Pour la détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations, l'Assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs au Conseil d'administration. Cette délégation doit être confirmée annuellement.

Les décisions prises au titre de cette délégation doivent être ratifiées par la prochaine Assemblée générale.

ARTICLE 31 BIS : ADHÉSION À UNE STRUCTURE MUTUALISTE PARITAIRE OU ASSURANTIELLE

L'Assemblée peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs au Conseil d'administration pour que la mutuelle adhère à une structure mutualiste, paritaire, assurantielle.

Ces décisions d'adhésion devront être ratifiées par la prochaine Assemblée générale.

Chapitre II : Conseil d'administration

Section I : COMPOSITION – ÉLECTIONS

ARTICLE 32 : COMPOSITION

La mutuelle est administrée par un Conseil composé de 27 administrateurs élus parmi les membres participants et honoraires à jour de leurs cotisations, remplissant les conditions prévues dans le Code de la mutualité.

Le Conseil d'administration est composé, pour les deux tiers au moins, de membres participants.

Le Conseil pourra désigner, pour une durée de 6 ans, des « personnes qualifiées ». En cette qualité, ces personnes assistent, avec voix consultative, aux réunions du Conseil d'administration.

ARTICLE 33 : PRÉSENTATION DES CANDIDATURES

Les déclarations des candidatures aux fonctions d'administrateur doivent être adressées au siège de la mutuelle par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, reçue quinze jours francs au moins avant la date de l'Assemblée générale, ou par lettre simple remise contre récépissé.

ARTICLE 34 : CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ ET LIMITE D'ÂGE

Pour être éligibles au Conseil d'administration, les membres doivent :

- être âgés de 18 ans révolus ;
- ne pas avoir exercé de fonction de salarié au sein de la mutuelle au cours des trois années précédant l'élection ;
- n'avoir fait l'objet d'aucune des condamnations énumérées à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité ;
- ne pas appartenir simultanément à plus de cinq Conseils d'administration de mutuelles, unions et fédérations, déduction faite de ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L. 111-3 et L. 11-4 du Code de la mutualité. Toute personne qui, lorsqu'elle accède à un nouveau mandat, se trouve en infraction avec ces stipulations doit, dans les 3 mois de sa nomination, se démettre de l'un de ses mandats. À l'expiration de ce délai, elle est réputée démissionnaire de son mandat le plus récent, conformément aux dispositions du Code de la mutualité, sans que soit, de ce fait, remise en cause la validité des délibérations auxquelles elle a pris part.

Le nombre des membres du Conseil d'administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans ne peut excéder en aucun cas le tiers des membres du Conseil.

Le dépassement de la part maximale que peuvent

représenter les administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'administrateur le plus âgé. Lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

ARTICLE 35 : MODALITÉS DE L'ÉLECTION

Les membres du Conseil sont élus à bulletin secret par l'Assemblée générale, de la manière suivante : scrutin uninominal majoritaire à un tour ; l'élection a lieu à la majorité relative. Dans les cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

ARTICLE 36 : DURÉE DU MANDAT

Les membres du Conseil sont élus pour une durée de 6 ans. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'Assemblée générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

Les membres du Conseil d'administration cessent leur mandat :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge dans les conditions fixées à l'article 34 des présents statuts ;
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions prévues à l'article L. 114-23 du Code de la mutualité relatif au cumul, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article ;
- 3 mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

ARTICLE 37 : RENOUELEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le renouvellement du Conseil a lieu par tiers tous les 2 ans. Les membres sortants sont rééligibles.

Lors de la constitution initiale du Conseil d'administration et en cas de renouvellement complet, le Conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

ARTICLE 38 : VACANCE

En cas de vacance en cours de mandat, par décès, démission ou toute autre cause, d'un administrateur, il est pourvu provisoirement par le Conseil à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par l'Assemblée générale.

Si la cooptation faite par le Conseil d'administration n'était pas ratifiée par l'Assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables.

L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

ARTICLE 39 : RÉVOICATION

Les membres du Conseil d'administration peuvent être révoqués par l'Assemblée générale, conformément à l'article L. 114-9 du Code de la mutualité.

SECTION II : RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 40 : RÉUNIONS

Le Conseil d'administration se réunit sur convocation du président selon les besoins de la mutuelle et au moins 2 fois par an.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart au moins des membres du Conseil.

ARTICLE 41 : REPRÉSENTATION DES SALARIÉS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Deux représentants des salariés de la mutuelle, élus dans les conditions ci-après, assistent avec voix consultative aux réunions du Conseil d'administration. Ils sont élus pour une durée de 2 ans, à raison d'un salarié au titre du collège des cadres, agents d'encadrement et techniciens, et d'un salarié au titre du collège des employés. Sont électeurs les salariés travaillant dans l'organisme depuis 6 mois au moins au jour du scrutin et n'ayant encouru aucune des condamnations prévues aux articles L. 5 à L. 7 du Code électoral.

Sont éligibles les salariés travaillant dans l'organisme depuis un an au moins au jour du scrutin et n'ayant encouru aucune des condamnations visées à l'alinéa précédent.

Les candidatures doivent être présentées à la Direction générale au moins 8 jours francs avant la date de l'élection. Le vote, organisé par la mutuelle sur appel à candidatures libres exclusivement, a lieu à bulletin secret à la majorité relative à un tour et sans exigence d'un quorum particulier. En cas d'égalité, le poste est attribué au candidat ayant l'ancienneté la plus élevée dans la mutuelle et à égalité d'ancienneté au plus jeune des candidats.

Le vote s'effectue dans la mutuelle et par correspondance pour les salariés empêchés.

Les salariés ainsi élus perdent le droit d'assister aux réunions du Conseil dès qu'ils cessent d'appartenir au personnel salarié de la mutuelle.

—
Si la mutuelle a moins de 50 salariés, un salarié élu assiste au Conseil d'administration ; si la mutuelle a plus de 50 salariés, 2 salariés élus assistent au Conseil d'administration.

ARTICLE 42 : DÉLIBÉRATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

—
Le Conseil d'administration vote obligatoirement à bulletin secret pour l'élection du Président et des autres membres du Bureau, ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'administration, lors d'une séance suivante.

—
Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'administration sont tenus à la confidentialité des informations données et ne peuvent les utiliser à des fins personnelles ou professionnelles.

SECTION III : ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 43 : COMPÉTENCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'administration détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application.

Le Conseil d'administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle.

Dans le cadre des orientations fixées par l'Assemblée générale, le Conseil d'administration a tout pouvoir pour définir les modalités de réassurance de la mutuelle, négocier, signer et mettre en place tout traité de réassurance, que le réassureur soit partie intégrante de la mutualité ou qu'il soit en dehors du secteur mutualiste.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

Dans ce cadre, il établit notamment, chaque année, un rapport présenté à l'Assemblée générale dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion.

ARTICLE 44 : DÉLÉGATION D'ATTRIBUTIONS PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, une partie de ses pouvoirs soit au Bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions temporaires ou permanentes dont les membres sont choisis parmi les administrateurs, soit aux organes de gestion de la mutuelle.

Ces délégations sont données sous le contrôle et l'autorité du Conseil à qui il doit être rendu compte des actes accomplis. En aucun cas, le Président ne peut déléguer des attributions qui lui sont spécialement réservées par la loi.

**EXTRAIT DU RÈGLEMENT MUTUALISTE
CCMO MUTUELLE RÈGLES DE GESTION**

Applicable à toutes les catégories de membres
En vigueur au 1^{er} janvier 2013

**TITRE I
DISPOSITIONS COMMUNES AUX PARTICULIERS
ET AUX COLLECTIVITÉS**

[...]

Chapitre III : prestations

ARTICLE 5 : RÈGLES GÉNÉRALES

Les frais médicaux pris en charge par le régime obligatoire font l'objet d'un remboursement complémentaire en fonction de l'option choisie, à l'exception des soins hors nomenclature sauf dérogation indiquée dans le tableau des garanties. Des garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite des frais restant à la charge de l'adhérent.

En cas de désengagement du régime obligatoire ayant pour effet une prise en charge moins importante des dépenses médicales, la mutuelle continue à verser des prestations contractuelles en fonction du taux de remboursement du régime obligatoire antérieur au désengagement, sauf accord exprès entre les parties au contrat.

Par ailleurs, dans l'hypothèse où une vignette pharmacie ne prévoyant aucun remboursement du régime obligatoire (vignette à 0 %) serait créée, le complément ne sera pas pris en charge par la mutuelle.

Soins à l'étranger

La mutuelle rembourse le ticket modérateur après reconstitution du tarif de convention du régime obligatoire français.

La mutuelle assure en outre le service d'allocations obsèques, naissance et diverses versées au titre des options souscrites, qui ne peuvent pas être réglées si l'événement générateur intervient postérieurement à la date de résiliation ou de radiation de l'adhérent.

L'allocation obsèques est réglée au tiers qui a supporté les frais de pompes funèbres, à l'ayant droit, aux héritiers ou à la succession si l'adhérent a payé les obsèques de son vivant, sur présentation des justificatifs de frais (voir formalités à l'article 7 ci-après : règlement des prestations).

Le maintien des allocations obsèques ainsi que leur montant doivent être validés chaque année par l'Assemblée générale

de la mutuelle qui vote chaque année leur reconduction, leur modification ou leur suppression.

ARTICLE 6 : RESPECT DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Les garanties standard ci-annexées, à l'exception des options C, Pomelo, Hospi Plus (particuliers), Chirurgie, Hospi Plus et des modules Plus et Sup' (collectivités), prévoient des niveaux de prestations répondant aux obligations de remboursements minima mentionnés par le décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 (cadre réglementaire des contrats responsables) pris en application de la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004.

Les collectivités qui ont souscrit une de ces garanties ou une garantie spécifique répondant aux normes des contrats responsables sont informées de cette qualification dans les conditions particulières de leur contrat. Toutes dispositions contractuelles qui pourraient s'avérer contraires aux dispositions précitées relatives aux contrats responsables seraient sans effet et réputées non écrites.

Les bénéficiaires sont remboursés dans les conditions prévues par les garanties si le régime obligatoire considère que le parcours de soins, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2005, est respecté.

En cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, conformément aux limites de remboursement imposées par le décret précité, la mutuelle applique les limites suivantes :

→ **ticket modérateur**

- La majoration du ticket modérateur n'est pas prise en charge par la mutuelle.
- En cas de refus par le bénéficiaire de permettre le respect du parcours de soins, la majoration du ticket modérateur n'est pas prise en charge par la mutuelle.

→ **dépassements d'honoraires**

Les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins relevant du secteur 1 et du secteur 2 sont remboursés dans la limite de la garantie prévue, à l'exception du montant forfaitaire, parfois appelé franchise, fixé dans le cadre de la Convention médicale nationale du 12 janvier 2005.

Dans l'hypothèse où le montant forfaitaire aurait été à tort remboursé au professionnel de santé, la mutuelle peut le récupérer auprès de l'assuré.

Pour que le contrat soit qualifié de responsable, il faut en outre que la mutuelle ne rembourse pas la somme laissée à la charge de l'adhérent par le régime obligatoire, et également que les contrats incluent les deux mesures de prévention prévues par le dispositif.

ARTICLE 7 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont réglées :

• **à l'adhérent :**

- à partir des données fournies directement par le régime obligatoire de l'adhérent lorsque celui-ci a autorisé le télétraitement, sous réserve que la copie de l'attestation papier de la carte Vitale soit transmise à CCMO MUTUELLE en cas de changement ou d'ajout de bénéficiaire ou de changement de caisse de régime obligatoire. Cette procédure le dispense d'envoyer son décompte à la mutuelle et accélère les délais de remboursement ;
- à partir des informations et justificatifs de dépenses transmis par l'adhérent lui-même. Il s'agit en l'espèce des décomptes originaux de l'organisme de régime obligatoire et des factures originales des professionnels de santé, ainsi que des devis ou prises en charge éventuels, aucune photocopie n'étant acceptée ;
- à partir des pièces justificatives spécifiques liées à l'allocation versée (naissance, obsèques, etc.).

Remarques :

- les produits, accessoires et examens non remboursables par le régime obligatoire peuvent faire l'objet d'un remboursement en fonction des garanties figurant dans l'option souscrite, sous réserve de présentation des justificatifs originaux correspondants ;
- l'allocation naissance ou adoption présente un caractère forfaitaire. Elle est versée si l'inscription de l'enfant est effectuée dans les 2 mois de sa naissance. L'inscription de l'enfant prend effet le premier jour du mois civil de sa naissance. L'allocation naissance ne peut être versée qu'une seule fois au titre du même enfant ;
- l'allocation pour l'enfant né sans vie, inscrit au registre de l'état civil, présente un caractère forfaitaire. Elle est versée si la demande en est faite dans les 2 mois de survenance de l'événement ;
- l'allocation obsèques présente un caractère indemnitaire et n'a ainsi à être versée que dans l'hypothèse où des frais ont été engagés. L'allocation est versée jusqu'au départ en retraite du bénéficiaire, sans pouvoir excéder l'âge maximal légal de départ à la retraite.

- **aux ayants droit du bénéficiaire décédé (adhérent, conjoint, enfant)** ou, à défaut, à l'héritier, sur présentation d'un certificat d'hérédité délivré par la mairie ou le notaire chargé de la succession.

- **aux établissements de santé, aux professionnels de santé ou autres prestataires**, lorsqu'une convention de tiers payant est signée avec ces derniers.

—

L'allocation obsèques, sous réserve d'une déclaration faite dans les 6 mois à compter du décès et sous réserve que l'adhérent ait été à jour de ses cotisations, est réglée :

- **à l'ayant droit**, à l'héritier ou au tiers qui a couvert les frais de pompes funèbres sur présentation d'un certificat de décès et d'une facture acquittée à son nom. Dans le cas où les frais ont été réglés par un tiers, ce dernier devra en outre joindre la photocopie de sa pièce d'identité.

Si les frais ont été réglés à partir du compte bancaire ou postal personnel de l'adhérent décédé, ou dans le cadre d'une convention obsèques souscrite de son vivant par l'adhérent décédé, l'allocation obsèques entre dans le cadre de la succession. Elle est alors réglée :

- **au notaire désigné**, sur simple lettre de sa part et sur facture acquittée ;
- **à l'un des héritiers**, qui présentera, outre la facture acquittée, une promesse de porte-fort signée de sa main, un mandat écrit des autres héritiers, ainsi qu'un acte de notoriété (à demander au greffier en chef du tribunal d'instance du dernier domicile du défunt) certifiant de sa qualité d'héritier.

ARTICLE 8 : RÈGLEMENT À L'ADHÉRENT

Les prestations font l'objet de l'établissement d'un décompte. Elles sont réglées par virement sur le compte bancaire de l'adhérent ou lui sont adressées par chèque bancaire.

—

Les montants des prestations sont calculés en fonction des garanties figurant dans l'option souscrite.

Le montant des remboursements des dépenses de santé par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent. On entend par remboursement le montant cumulé versé par le régime obligatoire et par tout autre organisme complémentaire, y compris la mutuelle.

—

Les sommes qui viennent en diminution du remboursement effectué par le régime obligatoire ne seront pas prises en charge par la mutuelle.

Le versement des prestations est subordonné au règlement des cotisations. En cas de non-paiement de ces dernières, les prestations font l'objet d'un règlement après régularisation de la situation, dans les 6 mois qui suivent la

suspension des garanties, et en l'absence de résiliation ou de radiation.

ARTICLE 9 : RÈGLEMENT À UN TIERS, TIERS PAYANT

Pour certains actes et prescriptions, la mutuelle peut régler tout ou partie des honoraires et frais médicaux directement aux praticiens, professionnels de santé et/ou établissements ayant passé une convention avec elle.

—

Cette modalité, appelée tiers payant, ne pourra être appliquée que sous réserve de la réglementation des pouvoirs publics. Par ailleurs, le tiers payant peut être limité au seul ticket modérateur des tarifs servant de base au remboursement du régime obligatoire. Il n'est possible que pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés avec le régime obligatoire et/ou la mutuelle, sauf obligation contraire imposée par la loi ou la réglementation.

Ce tiers payant est une facilité accordée par la mutuelle qui pourra, à tout moment, y renoncer.

1. CARTE MUTUELLE

L'obtention du tiers payant nécessite la présentation de la carte de la mutuelle (carte de tiers payant papier ou électronique) en cours de validité, comportant les droits ouverts pour le bénéficiaire à la date des soins ou de facturation (produits pharmaceutiques, par exemple).

La carte de la mutuelle permet aux adhérents de bénéficier du tiers payant uniquement pour les risques mentionnés sur celle-ci et suivant les accords passés avec les professionnels de la santé.

—

Cette carte nominative est **strictement personnelle**. Elle ne peut en aucun cas être utilisée par quelqu'un ne figurant pas nominativement sur la carte.

Sa validité est annuelle, quel que soit le mode de règlement de la cotisation. En cas d'impayés, la carte de tiers payant papier est mensuelle.

—

Dans le cas où la carte de mutuelle ne pourrait pas être présentée, la mutuelle pourra établir une prise en charge spécifique sur simple demande de l'établissement hospitalier ou du professionnel de santé.

Un duplicata de carte papier peut être délivré à la demande de l'adhérent, moyennant le paiement des frais de duplicata fixés forfaitairement à 5,50 €.

—

Une seconde carte électronique (miroir de la carte initiale) peut être délivrée à la demande de l'adhérent (pour l'un des

bénéficiaires figurant sur la carte), moyennant le paiement des frais de duplicata fixés forfaitairement à 5,50 €. La réédition de la carte électronique initiale (en cas de perte, par exemple) est possible, moyennant le paiement de frais d'opposition et de duplicata fixés forfaitairement à 10 €.

2. MODALITÉS D'UTILISATION

Pour bénéficier du tiers payant, l'adhérent doit présenter obligatoirement la carte de mutuelle (papier ou électronique) en cours de validité, ainsi que la carte Vitale (ou l'attestation papier).

—

Pour les lunettes et les prothèses auditives : possibilité de bénéficier du tiers payant dans les centres mutualistes, sous réserve de demander une prise en charge à la mutuelle, et chez les opticiens qui ont passé une convention avec la mutuelle. La prise en charge permettant le règlement direct à l'opticien peut se faire dans le cadre de procédures spécifiques établies par CCMO MUTUELLE et faisant l'objet d'une convention avec l'opticien.

—

Pour les soins et prothèses dentaires : possibilité de bénéficier du tiers payant dans les centres dentaires mutualistes, dans certains centres de soins agréés et chez les chirurgiens-dentistes qui ont passé une convention avec la mutuelle, sous réserve de demander à cette dernière une prise en charge. Il est conseillé à l'adhérent de demander au chirurgien-dentiste un devis qui permettra de connaître la somme restant à sa charge et d'obtenir l'accord de prise en charge par la mutuelle.

—

Pour les hospitalisations : tiers payant dans les établissements conventionnés et agréés ayant passé une convention avec la mutuelle, sous réserve de demander une prise en charge à la mutuelle.

—

Le tiers payant se fait sur la base de 100 % des tarifs de convention des régimes obligatoires (Sécurité sociale...), sauf accords spécifiques, notamment pour la radiologie, ou prise en charge par la mutuelle. À défaut, l'adhérent doit faire l'avance des suppléments et en demander le remboursement à la mutuelle en produisant le décompte du régime obligatoire (Sécurité sociale...) et les pièces justificatives des dépenses. Les suppléments lui seront alors remboursés par la mutuelle dans le cadre des garanties souscrites, selon les procédures habituelles.

—

Lorsque l'adhérent n'utilise pas le tiers payant pour la part complémentaire, alors qu'il l'a utilisé pour la part régime

obligatoire, il ne devra pas fournir à la mutuelle de justificatif de paiement de la part complémentaire afin d'en obtenir le remboursement : la procédure de transmission informatisée des dépenses sera appliquée.

L'utilisation de la carte de la mutuelle par l'adhérent qui n'est pas à jour de ses cotisations de mutuelle ou par la personne protégée qui n'est plus couverte par l'adhérent constitue un délit pouvant entraîner des poursuites.

ARTICLE 10 : MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS HORSTIERS PAYANT

Lorsque le tiers payant ne peut pas être appliqué, la mutuelle rembourse les frais de soins avancés par ses adhérents sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- décompte original du régime obligatoire ou, éventuellement, des décomptes des autres régimes complémentaires ;
- facture originale acquittée ;
- toute autre pièce justificative exigée par la mutuelle en fonction des garanties souscrites (devis, photocopie de la feuille de soins, etc.).

La présentation de photocopies de décomptes du régime obligatoire et/ou de factures n'est pas recevable pour percevoir des remboursements de la part de la mutuelle.

ARTICLE 11 : PLAFONDS DE GARANTIES SPÉCIFIQUES

1. PLAFOND REPORTABLE EN GARANTIE OPTIQUE

Pour certaines options, dès le 1^{er} janvier de l'exercice civil suivant sa souscription, l'adhérent dispose d'une majoration de son plafond optique de 15 %. Si l'absence de consommation se poursuit, la majoration augmente dans les conditions précisées ci-dessous :

- Année de souscription (N) : garantie initiale = 1
- N+1 : garantie initiale majorée de 15 % = 1,15
- N+2 : garantie initiale majorée de 30 % = 1,30
- N+3 : garantie initiale majorée de 50 % = 1,50
- N+4 : garantie initiale majorée de 75 % = 1,75
- N+5 : garantie initiale majorée de 100 % = 2

Dès qu'une dépense d'optique entraîne un remboursement, et quel que soit son montant, le plafond optique est ramené l'année suivante au montant initial.

Ce système fonctionne pour tous les équipements optiques, montures, verres, équipements complets et lentilles.

Le montant du plafond optique reportable est calculé au 1^{er} janvier de chaque année ; il pourra être modifié rétroactivement si des dépenses d'optique ont été engagées au cours d'années antérieures sans avoir été portées à la connaissance de la CCMO, ayant entraîné le versement de

prestations bonifiées à tort.

En cas de changement d'option, l'adhérent conserve le bénéfice du pourcentage de la bonification acquise dans le cadre de sa précédente option.

2. PLAFONDS PROGRESSIFS PROTHÈSES DENTAIRES

Dans le cadre de certaines options à destination des particuliers, des plafonds progressifs sur 3 ans sont prévus en cas d'adhésion ou de mutation.

3. PLAFONDS IMPLANTS DENTAIRES

Pour certaines options, un plafond annuel peut être versé en cas de pose d'implant dentaire.

Ce versement est toutefois conditionné à une demande préalable obligatoire de prise en charge par la mutuelle.

ARTICLE 12 : FORCLUSION

Les dossiers ouvrant droit aux prestations doivent, sous peine de forclusion, être remis à la mutuelle, au plus tard, dans les 12 mois suivant la date de règlement inscrite sur le décompte du régime obligatoire, ou dans un délai de 12 mois à compter de la date de facturation pour toutes les prestations non remboursées par le régime obligatoire. Les réclamations concernant les remboursements sont obligatoirement formulées par écrit à la mutuelle, dans un délai de 3 mois après la date de règlement de la mutuelle.

ARTICLE 13 : PRESTATIONS INDUES

Dans le cas où des prestations auraient été versées à tort à l'un des adhérents de la mutuelle ou à un professionnel de santé dans le cadre du tiers payant, la mutuelle pourra récupérer les sommes indûment perçues par tous moyens mis à sa disposition dans le cadre légal et réglementaire et pourra éventuellement prélever les sommes indûment perçues sur les prestations à venir. Elle pourra en outre recourir à tous moyens de droit mis à sa disposition en cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant.

ARTICLE 14 : GARANTIES EXCLUES

La mutuelle prend en charge les dépenses relatives aux prestations donnant lieu à une prise en charge du régime obligatoire et pour lesquelles l'assuré peut justifier d'un décompte de remboursement. Le niveau de prise en charge de ces dépenses par la mutuelle est défini au contrat.

La mutuelle ne rembourse pas les actes et prestations non remboursés par le régime obligatoire ou hors nomenclature du régime obligatoire, ainsi que tous les autres frais non remboursés par le régime obligatoire.

Lorsque la mutuelle prend en charge des prestations non remboursées par le régime obligatoire, celles-ci sont expressément définies au contrat ou dans l'annexe du présent règlement mutualiste correspondant.

Elles correspondent aux garanties souscrites et aux barèmes de prestations, dans la limite du montant ou du nombre pour lesquels la mutuelle s'engage à participer.

ARTICLE 15 : SUBROGATION

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

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

—

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

Cette subrogation s'exercera après communication par l'adhérent concerné ou ses ayants droit des éléments nécessaires à la mutuelle pour pouvoir pratiquer son recours dans les meilleures conditions possibles.

—

En cas de retard (délai de réponse supérieur à 30 jours à compter de l'intervention de la mutuelle auprès de l'adhérent ou de ses ayants droit) ou en cas de mauvaise foi de la part de l'adhérent ou de ses ayants droit dans la communication des informations relatives à l'accident et/ou au(x) tiers responsable(s) ou leur(s) représentant(s), défenseur(s) ou assureur(s), la mutuelle se réserve le droit de réclamer à l'adhérent ou à ses ayants droit l'intégralité des dépenses que la mutuelle a engagées pour son adhérent.

—

De même, si l'adhérent victime a été indemnisé – au titre des dépenses engagées par la mutuelle – par un quelconque organisme, la mutuelle pourra lui demander la restitution des prestations versées au titre de l'accident et de ses suites et conséquences, ainsi que de toute somme que la mutuelle a exposée dans le cadre de cette subrogation.

Remarque : il est vivement conseillé aux adhérents de vérifier auprès de leurs divers assureurs que ces accidents sont bien couverts par eux, par un contrat adapté.

Chapitre 4 : modifications administratives

ARTICLE 16 : INFORMATION DE LA MUTUELLE

L'adhérent doit communiquer tout changement qui pourrait intervenir dans son état civil, sa situation familiale, sa situation vis-à-vis du régime obligatoire, son adresse, ses coordonnées bancaires, son nouveau centre de régime obligatoire, etc. Cette formalité doit être effectuée par courrier mentionnant le numéro d'immatriculation au régime obligatoire, avec les pièces justificatives associées (certificats de naissance, de mariage, de décès, etc.), faute de quoi, le paiement des prestations pourra être retardé ou interrompu.

—

Dans certains cas, les modifications pourront être enregistrées sur simple appel téléphonique ou dans les agences de la mutuelle. L'inscription d'un ayant droit en cours d'année implique au minimum son adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Chapitre 5 : information des adhérents

ARTICLE 17 : INFORMATION CONTRACTUELLE

Dans le cadre des garanties individuelles, les futurs membres participants reçoivent, avant la signature du contrat, conformément aux dispositions de l'article L. 221-4 du Code de la mutualité, un bulletin d'adhésion, les statuts et règlements ou une fiche d'information qui décrit leurs droits et obligations.

—

En application de l'article L. 221-5 du Code de la mutualité, les membres participants bénéficiaires de garanties dans le cadre des opérations collectives sont informés des modifications de statuts et règlement, ainsi que des modifications de garanties définies au bulletin d'adhésion. En cas de souscription d'un contrat collectif, toute modification de celui-ci, y compris la modification de cotisation, est constatée par une lettre valant avenant, ou par avenant signé par les parties pour les contrats spécifiques.

—

Il est précisé en dernier lieu que les adhérents bénéficiaires d'une garantie résultant d'un contrat collectif reçoivent de leur employeur, au moment de l'adhésion, la Notice d'information prévue à l'article L. 221-6 du même Code, mise à jour en cas de modifications apportées au contrat.

Pour toute demande d'information concernant son adhésion et ses prestations, le membre participant peut s'adresser par lettre simple à : CCMO MUTUELLE – Service

Relations adhérents
6, avenue du Beauvaisis – PAE du Haut-Villé – CS 50993 –
60014 Beauvais Cedex.

Chapitre 6 : litiges

ARTICLE 18 : PRESCRIPTION – MÉDIATION – JURIDICTION COMPÉTENTE

Prescription

Tout litige lié au paiement des prestations et à l'encaissement des cotisations se prescrit au bout d'un délai de 2 ans, conformément aux dispositions des articles L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la mutualité.

—

Médiation

En cas de difficultés dans l'interprétation du règlement mutualiste ou en cas de différences entre les présentes dispositions et le tableau des garanties figurant en annexe, c'est la disposition la plus favorable à l'adhérent qui est retenue.

Dans tous les cas de difficultés d'application ou d'interprétation du règlement mutualiste et dans l'hypothèse où l'adhérent et la mutuelle ne parviendraient pas à un accord, l'adhérent peut, sur simple demande écrite adressée au siège social de la mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception, faire appel au médiateur de CCMO MUTUELLE qui est désigné par le Conseil d'administration dans les conditions prévues à l'article 74 des statuts.

—

Attribution de juridiction

Dans l'hypothèse où le médiateur ne pourrait pas rendre son arbitrage et/ou en cas de volonté de saisine des pouvoirs judiciaires, et plus généralement faute de règlement amiable, tout désaccord survenant dans l'interprétation ou l'exécution du présent règlement mutualiste sera régi par les lois françaises, et sera exclusivement porté devant le tribunal de grande instance de Beauvais, même en cas de pluralité de défendeurs.

[...]

TITRE III

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS OBLIGATOIRES

Les membres du collège des collectivités et les conditions d'adhésion dans le cadre des contrats collectifs obligatoires sont définis dans les statuts. Le présent titre définit les modalités d'application des articles 9 et 11-2, ainsi que 12 à 16 des statuts.

Chapitre 1 : adhésion

L'adhésion ou la mutation est subordonnée à la signature :

- d'un contrat signé conformément à l'article 30 ci-après ;
- d'un bulletin d'affiliation, comportant notamment la déclaration exacte de l'identité de chacune des parties à garantir. Cette adhésion est confirmée par l'envoi d'une fiche de liaison qui sera utilisée pour toute demande de modification du dossier de l'adhérent, lorsque ce contrat est signé par une personne morale.

ARTICLE 30 : CONTRAT

L'adhésion ou la mutation est subordonnée à la signature d'un contrat signé avec un employeur, personne physique ou morale.

Dans le cadre de ce contrat, un correspondant mutualiste est désigné, qui sera l'interlocuteur de la mutuelle pour les questions relatives à la vie de ce contrat.

1. DURÉE DU CONTRAT

Le contrat qui lie la collectivité à la mutuelle a une durée minimale de 12 mois, comprise entre la date d'effet et le 31 décembre de la première année civile qui suit. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction, par période de 12 mois. Le terme du contrat est fixé au 31 décembre de l'année civile.

Dans le cadre de ce contrat, la durée minimale de l'affiliation à titre individuel est celle du contrat ou de la durée de l'emploi dans l'entreprise.

2. STIPULATIONS CONTRACTUELLES

Dans le cadre du contrat, des stipulations spécifiques peuvent être indiquées et se trouver en contradiction avec les statuts ou le présent règlement.

Dans cette hypothèse, les stipulations qui se trouvent dans le contrat l'emportent sur celles des statuts et/ou du présent règlement mutualiste.

ARTICLE 31 : BULLETIN D’AFFILIATION

Dans le cadre du contrat collectif, toute personne qui adhère à la mutuelle et souhaite bénéficier des conditions prévues dans le cadre de ce contrat doit signer un bulletin d’affiliation, comportant notamment la déclaration exacte de l’identité de chacune des personnes à garantir. Ce bulletin doit être accompagné de la photocopie de l’attestation papier de la carte Vitale.

La signature du bulletin d’affiliation par l’adhérent individuel emporte acceptation des statuts, du règlement mutualiste et des conditions contractuelles.

ARTICLE 32 : DATE D’EFFET

L’adhésion prend effet, au plus tôt, le premier jour du mois civil en cours, dès la réception du bulletin d’affiliation. L’adhésion est valablement enregistrée dès l’encaissement de la première cotisation. Aucun effet rétroactif n’est admis pour l’ouverture d’un dossier.

ARTICLE 33 : OUVERTURE DES DROITS

Seuls font l’objet de remboursement par la mutuelle les actes médicaux prodigués, à compter du 1^{er} jour de prise d’effet de l’adhésion ou de la prise d’effet de l’option, compte tenu de l’ouverture des droits (sous réserve de l’application des stages).

ARTICLE 34 : STAGES**1. CAS GÉNÉRAL**

Aucun stage ne sera appliqué dans le cadre d’un contrat souscrit à titre obligatoire pour l’adhérent ; en revanche, des délais de stage peuvent être appliqués pour son conjoint ou les personnes protégées dans l’hypothèse où leur demande d’adhésion n’est pas formulée en même temps que celle de l’adhérent. Dans ce cas, les délais de stage appliqués aux personnes protégées suivent les mêmes règles que celles des individuels, dès lors que la demande d’adhésion n’intervient pas dans les 3 mois qui suivent la date d’effet du contrat obligatoire ou la date d’affiliation de l’adhérent principal.

—

Les délais de stage commencent à courir au premier jour de la prise d’effet de l’adhésion ou de la mutation. Pendant la période de stage, la mutuelle accorde le remboursement du ticket modérateur sur les soins médicaux, à l’exclusion des forfaits (y compris hospitaliers), allocations et remboursements de soins refusés par le régime obligatoire.

2. CHANGEMENT DE GARANTIE OU D’OPTION DANS LE CADRE D’UN CONTRAT COLLECTIF

Toute demande de changement de garantie ne pourra être acceptée par la mutuelle qu’après un sociétariat minimal d’un an dans la garantie en cours.

Toute demande d’extension de garantie s’appliquera avec la durée du stage correspondant à la nouvelle garantie souscrite, déterminée selon les mêmes conditions que lors de l’adhésion.

—

Le point de départ des stages est la date d’effet de l’adhésion ou du changement d’option.

Pendant la période de stage, l’adhérent ou l’ayant droit conserve les garanties acquises dans son option avant le changement.

3. ABSENCE DE STAGES

Par dérogation, le nouveau-né inscrit dans les deux mois suivant la naissance, l’enfant adopté inscrit dans les deux mois suivant l’adoption, tout comme le conjoint, concubin ou cosignataire d’un PACS inscrit dans les 2 mois suivant le mariage, la déclaration de concubinage ou de conclusion d’un PACS, seront dispensés de stage, sous réserve que l’adhérent ait lui-même terminé sa période de stage, et sur présentation d’un certificat de radiation en provenance d’un autre organisme assureur, datant de moins de 2 mois à la date d’adhésion pour le conjoint.

4. MUTATION

En cas de mutation du collège des particuliers vers une garantie applicable aux membres du collège des collectivités, aucune période de stage ne sera appliquée.

Chapitre 2 : traitement des cotisations**ARTICLE 35 : APPEL DES COTISATIONS**

Un appel de cotisations est envoyé, selon la périodicité et le terme choisis dans le contrat, directement à la personne morale et/ou à l’adhérent. La personne morale désignera à cet effet le destinataire de l’appel de cotisations.

ARTICLE 36 : MODALITÉS DE RÈGLEMENT

Les cotisations sont payables mensuellement, à terme à échoir, au plus tard le 5 du mois suivant la réception de l’appel de cotisations, sauf stipulations contraires inscrites dans le contrat. Le règlement des cotisations peut se faire par chèque, prélèvement ou par virement sur le compte bancaire de CCMO MUTUELLE.

En cas d'impayé du prélèvement, la collectivité doit faire rapidement les démarches nécessaires, afin que le deuxième ordre de prélèvement émis par la mutuelle soit honoré.

Les frais de rejet sont à la charge de la collectivité et sont inclus dans le prélèvement suivant.

Après deux rejets de prélèvement consécutifs, la mutuelle se réserve le droit de lui interdire ce mode de règlement. En cas de non-paiement à l'issue du deuxième rejet, la mutuelle se réserve le droit de poursuivre la collectivité selon les procédures contentieuses prévues.

Chapitre 3 : radiation

ARTICLE 37 : RADIATION INDIVIDUELLE

La radiation individuelle ne peut être acceptée que lorsque le salarié quitte l'entreprise ou ne correspond plus à la catégorie assurée ; dans ces hypothèses, aucun délai de préavis ne s'applique. La fiche de liaison doit être transmise à la mutuelle par l'entreprise, qui doit en outre y joindre les cartes tiers payant de la mutuelle, réclamées au préalable auprès de l'adhérent.

Il est par ailleurs précisé que :

- la date de radiation de l'adhérent s'applique, au plus tôt, le 1^{er} jour du mois au cours duquel la mutuelle a réceptionné la demande de radiation ;
- aucune radiation individuelle ne saurait être antérieure à la date de réception par CCMO MUTUELLE de la demande de radiation par l'entreprise ;
- aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, sauf celles pour lesquelles la date de soins est antérieure à la date de résiliation et sous réserve qu'elles soient demandées dans un délai maximal de 12 mois après la date de règlement inscrite sur le décompte du régime obligatoire ;
- un certificat de radiation est envoyé sur demande à l'adhérent démissionnaire.

L'adhérent qui quitte l'entreprise peut demander son adhésion à CCMO MUTUELLE dans le cadre d'un contrat d'accueil (garanties exposées en annexe), conformément à la réglementation en vigueur.

ARTICLE 38 : RADIATION COLLECTIVE

Lorsque la collectivité ne paie pas ses cotisations, les membres participants peuvent voir leurs garanties suspendues et peuvent être radiés sur décision de la mutuelle, dans le cadre de la radiation de la collectivité. Cette possibilité n'exclut pas le recouvrement (par tous moyens que la mutuelle jugera nécessaires) des sommes dues, jusqu'à la fin de l'année en cours.

La radiation de la collectivité est précédée d'une mise en demeure adressée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Les frais de mise en demeure et de recouvrement sont réputés être à la charge de la collectivité.

—

La radiation peut être prononcée s'il n'a pas été satisfait à cette mise en demeure dans un délai de 40 jours, à compter de la date de réception de la mise en demeure.

Lorsque la radiation est prononcée, la collectivité doit se mettre à jour de la cotisation de l'année en cours et restituer les cartes de mutuelle.

—

L'adhérent ainsi radié cesse de percevoir les prestations dès la date de suspension des garanties et, au plus tard, dès la date d'effet de la radiation.

Par exception aux dispositions qui précèdent, en cas de liquidation judiciaire de la collectivité, le contrat sera de plein droit résilié, après mise en demeure adressée au liquidateur judiciaire, restée plus d'un mois sans réponse.

ARTICLE 39 : REINTÉGRATION

La réintégration après la radiation prononcée par la mutuelle ne peut être faite que sur décision de la mutuelle statuant sur la demande de la collectivité et sous réserve que celle-ci ait réglé ses arriérés de cotisations et se soit acquittée des frais de recouvrement.

Chapitre 4 : Non-renouvellement du contrat

ARTICLE 40 : MODALITÉS

• La collectivité a la faculté de ne pas renouveler le contrat.

Elle doit en informer la mutuelle par notification avec un préavis de deux mois ; la notification doit donc être envoyée, au plus tard le 31 octobre, par lettre recommandée avec accusé de réception de l'année concernée, le cachet de la poste faisant foi.

• Dans le cas où la collectivité ne respecte pas le préavis contractuel de dénonciation,

celle-ci est irrecevable et le contrat poursuit ses effets durant l'année suivante ; si la collectivité interrompt ce paiement des cotisations avant le terme du contrat, ce dernier sera résilié de plein droit 60 jours après mise en demeure non suivie d'effet, et la collectivité devra payer à CCMO MUTUELLE, en guise de clause pénale (article 1152 du Code civil), une somme à titre de dommages et intérêts correspondant à une année de cotisation.

• **La collectivité peut décider de ne pas renouveler le contrat à titre conservatoire.**

Dans ce cas, cette décision devra être notifiée par une lettre recommandée avec accusé de réception devant parvenir à la mutuelle, au plus tard le 31 octobre, et le non-renouvellement devant être confirmé dans les mêmes formes avant le 31 décembre de l'année considérée ; faute de quoi, la dénonciation sera nulle et non avenue et le contrat poursuivra ses effets.

• **Réciproquement, la mutuelle dispose des mêmes droits,** dans les mêmes délais et les mêmes conditions.

• **Les conditions particulières du contrat peuvent prévoir par dérogation d'autres stipulations** organisant le non-renouvellement ; elles s'imposeront alors aux conditions générales du contrat et au règlement mutualiste.

Demande de statuts et du règlement mutualiste
Adhérent régime frais de santé CERFRANCE

Je souhaite recevoir les statuts et le règlement mutualiste de CCMO MUTUELLE

Par courrier postal

Par courrier électronique à l'adresse suivante :

e-mail :

Nom :

Prénom :

N° adhérent :

Adresse :

C. P. :

Ville :

Coupon à retourner
à CCMO MUTUELLE – 6, avenue du Beauvaisis
PAE du Haut-Villé – CS 50993 – 60014 Beauvais Cedex
Par courriel : accueil@ccmo.fr



CCPMA PRÉVOYANCE – Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, soumise au contrôle de l’Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe 61, rue Taitbout, 75009 PARIS – SIRET : 401 679 840 00033 – Membre du GIE AGRICA GESTION – RCS Paris n°493 373 682 – Siège social : 21, rue de la Bienfaisance, 75008 Paris – Tél. : 01 71 21 00 00 – Fax : 01 71 21 00 01 – www.groupagric.com
CCMO MUTUELLE – Mutuelle soumise au livre II du Code de la mutualité n° 780 508 073
6, avenue du Beauvaisis PAE du Haut-Villé CS 50993 60014 BEAUVAIS Cedex

