



REGLEMENT MUTUALISTE

LABELLISE

OFFRE SANTE

A partir du 1^{er} janvier 2017

Assemblée Générale du 24-25 juin 2016

Article 1er – Objet du règlement

Le présent règlement a pour objet de définir les conditions dans lesquelles la Mutuelle Nationale Territoriale (M.N.T.) assure aux personnes qui adhèrent individuellement au présent règlement et à leurs ayants droit des remboursements complémentaires de frais de soins de santé ainsi que certaines garanties annexes à ces remboursements.

L'adhésion au présent règlement permet de bénéficier des garanties du « + Territorial » définies au chapitre au chapitre VIII du présent Règlement.

Le présent règlement mutualiste est soumis à la procédure de labellisation visé par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Les garanties prises en charge dans le cadre du présent règlement ainsi que les cotisations afférentes sont révisables chaque année par l'Assemblée Générale de la MNT.

Le présent règlement mutualiste est donc susceptible d'être modifié chaque année et les prestations décrites en annexe ne sont valables que sur une période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année de référence du présent document. Cependant, sauf décision contraire de l'Assemblée Générale, elles sont reconduites annuellement au 1^{er} janvier par tacite reconduction. Ainsi l'Assemblée Générale peut notamment se prononcer à chaque convocation de celle-ci pour la suppression ou l'ajout de prestations.

Toute modification apportée au présent règlement sera soumise à un organisme habilité qui vérifiera que les conditions de délivrance du label sont toujours satisfaites.

Il est régi par le Code de la mutualité et, notamment, par les dispositions de l'article L. 112-1 et celles du Chapitre 1er du Titre II du Livre II de ce Code.

Il détermine également les conditions dans lesquelles les adhérents au présent règlement peuvent bénéficier de garanties supplémentaires déterminées par des contrats collectifs souscrits par la M.N.T. auprès d'autres organismes assureurs conformément aux dispositions de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité.

La M.N.T. est immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro Siren n° 775 678 584 et son siège social est situé au 7 rue Bergère, 75009 PARIS.

Chapitre I – CONDITIONS ET MODALITES D'ADHESION. MODIFICATION DES GARANTIES

Article 2 – Membres participants

Peuvent adhérer, dans les conditions prévues au présent règlement, à titre individuel conformément à l'article

L. 221-2, II du Code de la mutualité, les personnes remplissant les conditions suivantes :

- Les fonctionnaires et agents des collectivités territoriales et de leurs établissements publics, titulaires et non titulaires, quelle que soit leur position au regard du statut de la fonction publique territoriale,
- Les personnels des services publics locaux et des services délégués quel que soit leur mode de gestion,
- Les retraités des collectivités territoriales et de leurs établissements publics,
- Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle,
- Les ayants droit d'un membre participant avec lequel le lien a été rompu pour quelque cause que ce soit.

Article 3 – Ayants droit

Outre le membre participant, peuvent également être couverts par le présent règlement, tout membre de sa famille dont il demande l'inscription en s'engageant à s'acquitter du complément de cotisation correspondant :

- conjoint,
- enfants à charge du membre participant au sens de la Sécurité Sociale,
- ayants droit de régime de Sécurité Sociale Française.

Les ayants droit du membre participant relèvent obligatoirement de l'option et, le cas échéant, des modules complémentaires qu'il a choisis pour lui-même ou du ou des profil(s) facultatif(s) qu'il a choisi pour sa famille.

Par dérogation, le membre participant peut faire le choix de l'une des 2 options spécifiques pour la couverture de ses enfants à charge. Dans ce cas, les modules complémentaires qu'il a choisis pour lui-même et les autres ayants droit ne s'appliquent pas pour ses enfants.

Article 4 - Modalités d'adhésion

La mutuelle remet ou adresse par écrit ou sur un autre support durable à toute personne qui souhaite adhérer au présent règlement une fiche d'information ainsi que ses statuts, ledit règlement et un bulletin d'adhésion.

La fiche d'information comprend notamment le tableau des prestations applicables aux membres participants de la section dont ils relèvent. Elle comprend également l'indication des réalisations sanitaires et sociales auxquelles le membre participant et les ayants droit peuvent avoir accès.

Toute demande d'adhésion au présent règlement comporte :

- L'indication du membre participant et du ou des ayants droit,
- Le niveau de la couverture, c'est-à-dire le choix de l'une des options et, le cas échéant, d'un ou plusieurs modules complémentaires, ou d'un ou plusieurs profil(s) santé, définis aux annexes I et II du présent règlement.

En outre, conformément à l'article 3 de l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux majorations de cotisations prévues par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, lorsque l'agent, actif ou retraité, est âgé de plus de trente ans, il doit fournir à la mutuelle le justificatif d'adhésion mentionnant le montant du coefficient de majoration affecté à sa cotisation ou l'attestation de non-majoration, transmis par le dernier organisme assureur auprès duquel il avait souscrit une garantie de référence. Si l'entrée dans la fonction publique est postérieure à la date de publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé, il transmet également les documents permettant de justifier de sa date d'entrée dans la fonction publique.

Faute de pouvoir produire les documents susvisés, la durée totale de cotisation dans un organisme proposant une garantie de référence depuis la date la plus récente entre la publication du décret et l'entrée dans la fonction publique territoriale est présumée égale à 0.

L'adhésion s'effectue par la seule signature du bulletin d'adhésion adressé à la section compétente de la mutuelle. La personne qui adhère acquiert la qualité de membre participant de la M.N.T.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation de l'ensemble des dispositions du présent règlement ainsi que des statuts de la M.N.T.

Seule La signature du bulletin d'adhésion constate l'engagement réciproque du membre participant et de la M.N.T.

Article 5 – Date d'effet. Période de stage

L'adhésion du membre participant ou l'inscription d'un ayant droit prend effet au plus tôt au premier jour du mois suivant la date de réception, par la section compétente, du bulletin d'adhésion dûment rempli.

Ainsi, les garanties du présent règlement prévoient la couverture, dès l'adhésion, du ticket modérateur sur les soins de ville (y compris pour les frais dentaires et les frais liés à l'acquisition de dispositifs médicaux), du ticket modérateur facturé en cas d'hospitalisation ainsi que du forfait journalier en établissements de santé.

Toutefois, les membres participants de la mutuelle et leurs ayants droit, inscrits lors de l'adhésion ou ultérieurement, ne pourront recevoir de prestations qui couvrent la prise en charge des dépassements de tarifs, comme en optique ou en dentaire, qu'à l'issue d'un stage de trois mois, à compter de la date d'effet de leur adhésion ou de leur inscription, sauf en cas d'accident survenu après cette date d'effet.

Sous réserve des dispositions du dernier alinéa du présent article, les membres participants et leurs ayants droit, inscrits lors de l'adhésion ou ultérieurement, présentant l'attestation de radiation de moins de trois mois de leur ancienne mutuelle ou de tout autre organisme garantissant les mêmes risques sont exemptés du stage, de même que les membres participants et leurs ayants droit âgés de moins de trente cinq ans ainsi que ceux qui, jusqu'à leur date d'adhésion ou d'inscription bénéficiaient de la couverture maladie universelle.

Lorsque les risques couverts par l'ancienne mutuelle ou tout organisme assureur sont fondamentalement différents de ceux prévus au présent règlement, le conseil de section compétent peut décider, sur délégation du Conseil d'administration de la mutuelle, d'accepter ou de refuser la demande d'exemption de stage.

Article 6 – Modifications des garanties

Le membre participant peut, dans les conditions posées au présent article, modifier la garantie qu'il a choisie. La demande de modification prend effet au plus tôt au premier jour du mois suivant la date de sa réception, par la section compétente :

1) Cotisations :

Le montant de cotisation de la garantie choisie s'applique à compter de la date d'effet de la demande de modification.

2) Prestations :

Majoration des garanties :

Sauf accident survenu après la date d'effet de la garantie choisie et exception faite des membres participants et de leurs ayants droit âgés de moins de trente cinq ans, il est fait application d'une période de stage de trois mois au cours de laquelle le membre participant et ses ayants droit ne perçoivent les remboursements auxquels ils ont droit que sur la base de la garantie qu'ils avaient choisie précédemment.

Toutefois, pour les adhérents dont l'ancienneté à la mutuelle est supérieure ou égale à 5 ans, le stage de trois mois prévu ci-dessus est abrogé.

Minoration des garanties :

Après avoir bénéficié pendant trois années consécutives depuis son adhésion d'un niveau de garantie, ou pendant deux ans depuis la dernière minoration effective des garanties, tout membre participant peut, sans condition de stage, opter pour un niveau de garantie inférieur. Toute demande présentée avant l'expiration de ce délai de deux ou trois ans ne peut être admise que sur décision du Conseil de section sur délégation du Conseil d'administration de la mutuelle pour des cas exceptionnels.

Les adhérents retraités ont la faculté d'opter pour un niveau de garantie inférieur dans les douze mois suivant leur passage en retraite, avec une prise d'effet au 1^{er} jour du mois suivant leur demande.

Une garantie est réputée supérieure lorsque le passage vers cette nouvelle garantie conduit à une augmentation de la cotisation du membre participant.

Article 7 – Modifications dans la situation du membre participant et des ayants droit

Le membre participant informe par courrier simple la section compétente de la mutuelle des changements suivants :

- Changement de collectivité, d'établissement ou d'organisme employeur,
- Démission de la collectivité, de l'établissement ou de l'organisme employeur,
- Changement de domicile,
- Modification de la situation familiale des personnes inscrites comme ayants droit,
- Changement de régime de Sécurité sociale,
- Nouvelle domiciliation bancaire (par envoi d'un relevé d'identité bancaire),
- Cessation définitive d'activité.

Lorsque le changement entraîne le rattachement du membre participant et de ses ayants droit à une autre section de la mutuelle, il leur est fait application, pour la garantie qu'il avait choisie, des cotisations de la section nouvellement compétente.

Chapitre II – PRESTATIONS

Article 8.1 – Niveau des prestations

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

Sauf cas expressément prévus au présent règlement, les actes médicaux ou prestations non remboursés par la Sécurité sociale ou hors nomenclature ne peuvent faire l'objet d'un remboursement par la mutuelle.

Ces prestations s'inscrivent dans le respect des dispositions prévues pour les contrats responsables, résultant de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes d'application. A ce titre, elles respectent l'ensemble des obligations prévues par les dispositions précitées.

En outre, conformément au 4° de l'article 28 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, à l'occasion d'une hospitalisation dans un établissement de santé, les prestations comprennent au moins la prise en charge de

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

Les prestations accordées par la mutuelle sont fonction du choix effectué lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion par le membre participant, parmi les niveaux de garanties proposées par la mutuelle.

Les niveaux de remboursements proposés sont définis dans les options de base, Protection Essentielle, Protection Evolutive, Protection Enfants 1 et Protection Enfants 2, dont le détail figure à l'annexe I du présent règlement (tableau des prestations).

L'adhésion à l'option de base Protection Enfants 1 ou Protection Enfants 2 relève du choix du membre participant pour la couverture particulière des ses enfants ayants droit. Dans ce cas, l'ensemble des enfants ayants droit relève de l'option de base choisie.

Les Modules santé optionnels :

Les niveaux de remboursements des 2 options de base Protection Essentielle et Protection Evolutive peuvent être complétés par la souscription de modules complémentaires dont le détail figure à l'annexe II du présent règlement sous les conditions suivantes :

Le module Service Entraide 1 (SE1) :

Ce module est souscrit obligatoirement en complément de l'option Protection Essentielle.
Ce module ne peut plus être souscrit à compter du 1^{er} janvier 2016.

Le module Service Entraide 2 (SE2) :

Ce module est souscrit obligatoirement en complément de l'option Protection Evolutive.
Ce module ne peut plus être souscrit à compter du 1^{er} janvier 2016.

Le module Essentielle Plus 1 :

Ce module ne peut plus être souscrit à compter du 1^{er} janvier 2013.

Le module Essentielle Plus 1 « renforcé »:

Ce module ne peut être souscrit qu'en complément de l'option de Protection Essentielle.

Le module Indemnité Hospitalisation :

Ce module peut être souscrit en complément de chacune des options de base.

L'indemnité est versée en cas d'hospitalisation médicale et chirurgicale.

L'indemnité journalière est versée à partir du 3^{ème} jour d'hospitalisation et pendant un maximum de 90 jours par année civile. En cas de séjour permanent, l'indemnité est versée pendant un maximum de 90 jours pour toute la durée du contrat.

Le montant de l'indemnité journalière est, au choix de l'adhérent, de 4 ou 8 € par jour d'hospitalisation.

La prestation est calculée sur présentation d'un bulletin mentionnant les dates d'entrée et de sortie de l'établissement. En cas de séjour prolongé, un bulletin de présence permettra le paiement d'une partie de l'indemnité due.

Le module d'un montant d'indemnité hospitalisation de 4€ par jour ne peut plus être souscrit à compter du 1^{er} janvier 2013.

Les modules Confort 1, 2 et 3 et CNSD :

L'un de ces modules, non cumulables entre eux, peut être souscrit en complément par les adhérents ayant opté pour l'option Protection Evolutive.

Les modules Confort Plus 4 et Plus 5 :

Ces modules peuvent être souscrits par les adhérents ayant opté pour l'option Protection Evolutive et se cumuler avec les autres modules à l'exception du module CNSD.

Ils ne sont pas cumulables entre eux.

Dispositions transitoires :

Par dérogation, ces modules peuvent être souscrits en complément de l'option Protection Essentielle par les adhérents à la garantie CMA du Règlement mutualiste général complémentaire santé maintenu qui bénéficiaient au 31 décembre 2003 de l'un des compléments de prestations dit plus local.

Le module Confort Plus 6 :

Ce module peut être souscrit par les adhérents ayant opté pour l'option Protection Essentielle ou Evolutive et se cumuler avec les autres modules.

Les Profils santé facultatifs :

Les membres participants qui ont choisi l'une des options de base, éventuellement complétée par des modules complémentaires, ont la possibilité d'adhérer à un, ou plusieurs, des 3 profils santé dont le détail figure à l'annexe II du présent règlement :

- Le Profil Jeune
- Le Profil Famille
- Le Profil Sénior

Dans ce cas, le membre participant et l'ensemble de ses ayants droit rattachés à l'adhésion bénéficient des prestations et services du profil choisi.

Les profils santé facultatifs sont accessibles sans aucune limite d'âge.

La Couverture Maladie Universelle :

Les prestations des bénéficiaires de la couverture maladie universelle sont définies conformément aux décrets d'application de la loi du 27 juillet 1999.

Article 8.2 – Bonus Fidélité

Les membres participants qui choisissent les modules santé optionnels :

- Confort 1
- Confort 2
- Confort 3
- Confort 5

Bénéficient au terme d'une durée minimale de 36 mois d'adhésion à l'un de ces modules, d'un remboursement supplémentaire dénommé « Bonus Fidélité » et dont le montant est défini par chaque module.

Article 9 – Exclusions

Sont exclus de toute participation, les risques garantis par d'autres organismes (accident du travail, accident scolaire, accident sportif dans le cadre des activités d'un club sportif ou d'une compétition, etc.).

Conformément aux règles des « contrats responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application, ne peuvent donner lieu à remboursement par la mutuelle les dépenses suivantes :

- La participation forfaitaire mentionnée à l'article L.322-2 II du Code de la sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;
 - Les franchises médicales mentionnées à l'article L.322-2 III du Code de la sécurité sociale ;
 - La majoration de participation de l'assuré prévue par l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant ;
 - Les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la sécurité sociale;
 - La majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas l'autorisation au professionnel de santé auquel il a recours, d'accéder à son dossier médical personnel et à le compléter ;
- et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application.

Article 10 – Principe indemnitaire

Le remboursement des dépenses de frais de soins de santé par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective du membre participant ou de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Article 11 – Tiers payant

Lorsque la mutuelle pratique le tiers payant sur les participations Sécurité sociale et mutuelle, l'adhésion à la mutuelle entraîne ipso facto délégation du membre participant et de ses ayants droit au profit de la mutuelle, permettant à celle-ci de percevoir en ses lieux et places les prestations qui lui sont dues par les caisses d'assurance maladie et autres organismes de Sécurité sociale.

Article 12 – Subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant et à ses ayants droit victimes d'un accident dans leur action contre le tiers responsable, que la responsabilité soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par l'organisme mutualiste n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Article 13.1 – Paiement des prestations

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

Les demandes de paiement de prestations accompagnées des justificatifs originaux nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être produites dans les meilleurs délais auprès du centre de traitement des prestations compétent et au plus tard dans un délai maximum de deux ans, à compter de la date des soins ou de l'événement générateur de prestations en l'absence de remboursement Sécurité sociale.

Les documents à adresser selon que le membre participant et ses ayants droit, bénéficient ou non de l'échange de données informatisées, figurent au tableau porté en annexe IV.

La mutuelle peut exiger de ses adhérents la production de toutes pièces justificatives à l'appui d'une demande d'attribution des prestations.

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées, doit parvenir au centre de traitement des prestations compétent de la mutuelle dans un délai d'un an, à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement desdites prestations.

Le paiement des prestations est effectué exclusivement par virement bancaire.

Article 13.2 – Contrôle médical

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé qu'elle désigne, tout membre participant ou ayant droit qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre de son adhésion au présent règlement, lorsque les prestations sont liées à l'état de santé.

En cas de refus du membre participant ou de son ayant droit de se soumettre à ce contrôle médical, le service des prestations qui en fait l'objet est suspendu, après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier du membre participant, nonobstant les décisions prises et les remboursements éventuellement effectués par la Sécurité sociale ou par tout autre organisme.

La charge des vacations et honoraires du médecin chargé du contrôle est supportée par la Mutuelle.

Si le résultat de l'examen médical effectué par la Mutuelle est contesté par le médecin du membre participant, il est fait appel à un troisième praticien pour les départager.

A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, le choix sera fait, à la diligence de la Mutuelle, par le Président de l'Ordre Départemental des Médecins dans le ressort duquel se trouve le domicile du membre participant, parmi la liste des médecins experts agréés auprès de la Cour d'appel du même ressort.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du tiers arbitre ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission sont supportés par les deux parties par parts égales.

Si les conclusions du contrôle médical conduisent à une remise en cause de l'attribution des prestations, leur

versement cesse dès notification à l'intéressé par lettre recommandée avec avis de réception. Les sommes indûment versées au membre participant doivent être restituées à la Mutuelle.

Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle, peut toujours demander la production de toute nouvelle pièce justificative ou de tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

CHAPITRE III – COTISATIONS : MONTANT, PAIEMENT

Article 14 – Cotisation de base nationale

Une cotisation de base nationale hors taxes est déterminée pour chaque option de base ainsi que pour chaque module. Celle-ci correspond à la cotisation d'un adhérent âgé de 20 ans.

Ces cotisations de base nationales sont déterminées chaque année par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration de la Mutuelle. A défaut, elles sont indexées annuellement sur l'évolution de la valeur du point fonction publique au 1^{er} janvier.

L'ensemble des cotisations de base nationales doit permettre d'assurer, frais de gestion inclus, l'équilibre financier des opérations du présent règlement pour l'ensemble des sections.

A ces cotisations de base nationales s'ajouteront les différents impôts et taxes, selon les taux en vigueur.

Article 15 – Barèmes de cotisations

La cotisation est déterminée pour l'année calendaire en fonction de l'âge des personnes couvertes. La modification n'intervient qu'au 1^{er} janvier de chaque année, date anniversaire atteinte.

I - Les cotisations applicables dans chaque section sont déterminées sur la base des barèmes suivants :

Barème 1 : Toutes les sections sauf les sections des DOM.

La cotisation d'une personne protégée évolue de 1,25 % par an à partir de 20 ans jusqu'à 30 ans, puis de 1,5 % jusqu'à 35 ans, puis de 2,5 % jusqu'à 55 ans, puis de 3,5% jusqu'à 67 ans.

La cotisation d'une personne protégée de moins de 20 ans, hors enfant, représente 87 % de la cotisation d'une personne protégée âgée de 20 ans.

Cotisation « enfant »

La cotisation du 1^{er} enfant représente 87 % de la cotisation d'une personne protégée âgée de 20 ans, celle du deuxième enfant, la moitié de la cotisation du 1^{er} enfant, le troisième enfant et les suivants sont gratuits.

Barème 2 : sections des DOM

La cotisation d'une personne protégée évolue de 1,5 % par an à partir de 20 ans jusqu'à 35 ans, puis de 1,7% par an jusqu'à 54 ans, puis de 2% jusqu'à 67 ans.

La cotisation d'une personne protégée de moins de 20 ans, hors enfant, représente 87 % de la cotisation d'une personne protégée âgée de 20 ans.

Cotisation « enfant »

La cotisation du 1^{er} enfant représente 87 % de la cotisation d'une personne protégée âgée de 20 ans, celle du deuxième enfant, la moitié de la cotisation du 1^{er} enfant, le troisième enfant et les suivants sont gratuits.

Par dérogation, les évolutions de la cotisation définies aux barèmes 1 et 2 du présent article ne s'appliquent pas :

- à la cotisation de base du module Indemnité Hospitalisation d'un montant de 8€ par jour qui reste figée.
- aux cotisations de base des 3 profils « Jeunes », « Famille » et « Senior » qui restent figées et qui s'appliquent au seul membre participant.

II – Majorations de cotisations prévues par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011

Les conditions d'application des majorations de cotisations s'appliquent conformément aux dispositions de l'article 4 de l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux majorations de cotisations prévues par le décret N° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents. Ainsi,

l'article 4 de l'arrêté susvisé, en sa rédaction en vigueur au 10 novembre 2011 (date de sa publication au journal officiel) prévoit que, pour toute année non cotisée à une garantie de référence postérieure à l'âge de trente ans depuis la date la plus récente entre la publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé et la date d'entrée dans la fonction publique, ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence, il est calculé par l'organisme proposant une garantie de référence une majoration égale à 2 % par année. Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique. Pour les agents en fonction lors de la publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et règlements labellisés. Le coefficient de majoration ainsi calculé est le cas échéant additionné au coefficient de majoration transmis à l'organisme auprès duquel l'agent souhaite souscrire ou adhérer à une garantie de référence.

III – Autres barèmes

- a) Lorsque la mutuelle reprend les opérations d'une autre mutuelle ou d'un autre organisme assureur, conformément aux articles L. 113-2 et L. 212-11 à L. 212-13 du Code de la mutualité, la convention de transfert peut prévoir, pour les personnes concernées, l'application d'un barème de cotisation particulier.
- b) Sur délégation annuelle de l'Assemblée générale, le Conseil d'administration peut définir des barèmes particuliers fonction des caractéristiques et besoins de l'ensemble des membres d'une section.

Article 16 – Minorations de cotisation

Les minorations de cotisation sont financées par le fonds d'Interventions sociales de la MNT dont le montant est voté chaque année par l'Assemblée Générale.

Minorations de conjoint non salarié :

Une minoration de cotisation de 10 % est accordée au conjoint de plus de 30 ans (l'âge considéré est celui atteint au 1^{er} janvier de chaque année) ne percevant pas de revenu si le ménage est exonéré de l'impôt sur le revenu. Cette minoration n'est pas applicable aux personnes soumises aux majorations de cotisations définies à l'article 15 II du présent règlement. Cette minoration n'est pas cumulable avec la minoration de solidarité définie à l'alinéa suivant.

Minorations de solidarité :

Les membres participants dont les revenus bruts du foyer avant réduction ou abattement sont inférieurs aux plafonds de ressources portés en annexe V au présent règlement bénéficient d'une minoration de cotisation de 10% ou de 20% qualifiée de minoration de solidarité.

Les revenus du foyer pris en compte sont ceux figurant sur le dernier avis d'imposition sauf pour les retraités de l'année n ou pour les adhérents connaissant une importante baisse de leurs ressources qui peuvent faire valoir leur nouvelle situation.

Cette minoration de cotisation n'est pas applicable aux personnes soumises aux majorations de cotisation prévues par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 et définies à l'article 15 II du présent règlement.

Gratuité enfants handicapés :

Les enfants handicapés à la charge des parents et reconnus d'un taux d'incapacité d'au moins 80% par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) sont exonérés de leur part de cotisation. A leur majorité, ils peuvent continuer à bénéficier de cette exonération s'ils demeurent à la charge de leurs parents et ne disposent pas de ressources personnelles supérieures au SMIC.

Minorations veuf(ve) :

Ayants droit survivants titulaires d'une pension de réversion et non imposables : cotisation diminuée de 25 %. Cette minoration n'est pas cumulable avec la minoration de solidarité définie au paragraphe 2 du présent article. Cette minoration de cotisation n'est pas applicable aux personnes soumises aux majorations de cotisations définies à l'article 15 II du présent règlement.

Minoration pensionné militaire :

Une minoration de cotisation de 50 % est accordée à tout bénéficiaire relevant de l'article 115 du Code des pensions militaires d'invalidité.

Article 17 – Détermination des cotisations par section

Les cotisations fixées par l'Assemblée générale pour chaque section découlent du vote des cotisations de

base nationales telles que définies à l'article 14 et auxquelles sont appliqués :

- aux options de base Essentielle et Evolutive, des coefficients d'équilibre fonction de dépenses médicales constatées dans chaque section pour les 40-59 ans en option Evolutive,
- le barème de cotisation de la section défini à l'article 15.

Les cotisations applicables aux membres participants et à leurs ayants droit sont arrondies au dixième d'euro supérieur.

Article 18 – Modification des cotisations et prestations

En cas de modification en cours d'exercice des montants ou niveaux de remboursements de frais de soins de santé de la Sécurité sociale, le Conseil d'administration de la mutuelle, sur délégation annuelle de l'Assemblée générale peut, conformément à l'article L. 114-11 du Code de la mutualité, décider de procéder à la modification de la cotisation de base annuelle et/ou des niveaux de remboursements par la mutuelle. Ces décisions prennent effet dans un délai d'un mois à compter de leur notification aux membres participants de la mutuelle.

Toute modification sera soumise à un organisme habilité qui vérifiera que les conditions de délivrance du label sont toujours satisfaites.

Article 19 – Paiement des cotisations

A compter de leur adhésion, les membres participants s'engagent, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit, à acquitter une cotisation annuelle dont le paiement est réparti en fractions mensuelles.

Les cotisations doivent être réglées d'avance, de préférence par précompte sur le traitement, à défaut par prélèvement automatique sur compte bancaire.

Pour les retraités, le règlement s'effectue par précompte sur la pension ou à défaut par prélèvement automatique sur compte bancaire.

Dans le cadre des adhésions à distance, les cotisations pourront être réglées par carte bancaire sur le site Internet de la Mutuelle Nationale Territoriale.

La cotisation du premier mois d'effet de l'adhésion ou de l'inscription d'un enfant à la naissance ou à l'adoption est gratuite. La gratuité est étendue au mois entier suivant la naissance ou l'adoption.

Le membre participant s'engage à communiquer à la Mutuelle Nationale Territoriale les documents et informations nécessaires au prélèvement des cotisations, et au paiement des prestations, dues pour lui et ses ayants droit. Il s'engage ainsi à communiquer à la mutuelle ses nouvelles coordonnées bancaires résultant de la mise en place de l'Espace unique de paiement en euros (« SEPA »), et notamment :

- l'identifiant international de son établissement financier, régulièrement désigné par le sigle BIC ;
- l'identifiant international de son compte bancaire, fréquemment désigné par le sigle IBAN.

a/ En ce qui concerne le prélèvement des cotisations, le membre participant autorise la Mutuelle Nationale Territoriale à prélever le montant correspondant aux cotisations dues par le membre participant pour sa couverture et celle de ses ayants droit ; ce montant sera communiqué par la Mutuelle Nationale Territoriale au membre participant sept jours calendaires au moins avant la date du premier prélèvement et quatorze jours calendaires au moins avant cette date dans le cas où le membre participant aurait adhéré à distance à la Mutuelle Nationale Territoriale. Le membre participant s'engage donc à retourner à la mutuelle, dûment rempli et dans un délai de 7 jours suivant l'adhésion, le mandat de prélèvement qu'elle lui aura remis, accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire mentionnant l'identifiant international de son établissement financier et l'identifiant international de son compte bancaire.

b/ En cas de changement des garanties au cours d'une période d'assurance entraînant une modification des cotisations, le membre participant autorise expressément la Mutuelle Nationale Territoriale à prélever le montant de la fraction de cotisation correspondant aux nouvelles garanties choisies, durant le mois au cours duquel lesdites garanties, telles que modifiées, prendront effet. La Mutuelle Nationale Territoriale adressera l'échéancier modifié au membre participant préalablement à la réalisation du prélèvement.

c/ Dans le cas où, du fait du membre participant, le prélèvement d'une ou de plusieurs fractions de cotisation n'aurait pas pu être effectué pour le ou les mois pour lesquels elles étaient dues, et notamment en cas de non-approvisionnement du compte du membre participant, ce dernier autorise expressément la mutuelle à prélever, le mois suivant, la fraction de cotisation demeurée impayée, et la ou les fractions de cotisation

venues à échéance, ainsi que les éventuels frais de gestion induits par le ou les rejets de prélèvement.

Préalablement, la Mutuelle Nationale Territoriale adressera dans les meilleurs délais au membre participant un courrier informatif justifiant du prélèvement majoré des cotisations impayées.

d/ En cas d'opposition au prélèvement d'une ou de plusieurs fractions de cotisation se révélant injustifiée, le membre participant autorise la Mutuelle Nationale Territoriale à prélever, dès règlement du litige l'opposant à la mutuelle :

- le montant de la ou des fractions de cotisation dont le paiement a été refusé par le membre participant ;
- les fractions de cotisation venues à échéance depuis cette date ;
- ainsi que les frais de gestion induits par le ou les rejets de prélèvement.

Préalablement, la Mutuelle Nationale Territoriale adressera dans les meilleurs délais un courrier informatif justifiant ce prélèvement au membre participant.

Article 20 – Remboursement par la mutuelle de cotisations versées indûment

Le remboursement de cotisations indûment versées à la mutuelle par le membre participant ne peut être effectué que pour une période antérieure de moins de deux ans au jour de la demande.

Article 21 – Non paiement des cotisations

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une partie de la cotisation due dans les dix jours de son échéance, la garantie pourra être suspendue à l'issue d'une période de trente jours suivant la mise en demeure du membre participant.

La mutuelle pourra résilier la garantie dix jours après l'expiration de ce délai de trente jours.

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

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

Article 22 – Prescription

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance,
- 2) En cas de réalisation du risque, que du jour où le membre participant ou l'ayant droit en a eu connaissance, s'il prouve qu'il l'a ignoré jusque là.

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

Conformément à l'article L.221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément aux dispositions des articles 2240 à 2246 du Code civil, les causes ordinaires d'interruption de la prescription mentionnées ci-dessus sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction

incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution, ou un acte d'exécution forcée.

Chapitre IV – RESILIATION

Article 23 - Résiliation et radiation d'ayant droit

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la section de la mutuelle dont il relève au moins deux mois avant le 31 décembre.

Par dérogation à l'alinéa précédent, le membre participant qui quitte la fonction publique territoriale peut mettre fin à son adhésion en cours d'année. Dans ce cas, cette résiliation prend effet au premier jour du mois suivant la réception de sa demande par la section dont il relève.

En cas de résiliation, la mutuelle transmet au membre participant un justificatif d'adhésion, ainsi que le montant du coefficient de majoration qui est affecté à sa cotisation, en application de l'article 28 du décret du 8 novembre 2011 susvisé. Lorsque le membre participant ne se voyait pas affecter de coefficient de majoration, la mutuelle lui adresse une attestation de non-majoration.

Le membre participant peut demander à tout moment la radiation d'un de ses ayants droit. Cette radiation prend effet au premier jour du mois suivant la réception de sa demande par la section dont il relève.

Dans tous les cas, le membre participant s'engage à restituer à la mutuelle les cartes d'adhérent en sa possession. Il s'engage également à informer les professionnels de santé avec lesquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais, de la résiliation ou de la radiation d'un ayant droit.

CHAPITRE V – GARANTIES ANNEXES AUX REMBOURSEMENTS DE FRAIS DE SOINS DE SANTE

Article 24 – Garanties annexes

La mutuelle assure également le versement des prestations suivantes aux membres participants du présent règlement :

A) Prime inscription naissance ou adoption :

Le montant de cette allocation est indiqué au tableau des prestations (modules Entraide 1 ou 2, Profil Famille, Confort 3 ou CNSD) porté en annexe II. Elle est attribuée à tout membre participant dont l'inscription de l'enfant à la mutuelle est effectuée dans les deux mois suivant la naissance ou l'adoption.

B) Allocation obsèques :

Le montant de cette allocation est indiqué au tableau des prestations (modules Entraide 1 ou 2, Confort 1, Confort 2, Confort 3 et/ou Confort 4, Profils Jeune, Famille et Sénior) porté en annexe II. Lorsqu'un membre participant opte pour une option relative à une catégorie supérieure (Confort 1, ou 2, ou 3, et/ou 4) à celle qu'il avait précédemment choisie, il est fait application, pour le bénéfice de l'allocation obsèques, de la période de stage de trois mois définie au 2) de l'article 6 du présent règlement.

Cette allocation est versée, en cas de décès d'un membre participant ou d'un ayant droit âgé d'au moins 12 ans, à la personne ayant assuré les frais d'obsèques ou aux héritiers lorsque le défunt a assuré les frais d'obsèques de son vivant. Cette prestation est une garantie temporaire valable du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'exercice couvert. La reconduction à l'échéance annuelle de cette garantie est soumise à une décision expresse de l'Assemblée Générale.

C) Frais d'accompagnant :

Pour les membres participants ayant souscrit :

- au module Entraide 2, la prestation est accordée à la personne accompagnant, durant un minimum d'une nuitée, un membre participant ou un ayant droit MNT : enfant de moins de 16 ans, adulte d'au moins 70 ans ou personne handicapée.

- au Profil Famille, la prestation est accordée à la personne accompagnant, durant un minimum d'une nuitée, un membre participant ou un ayant droit MNT : enfant de moins de 16 ans ou personne handicapée.

- au Profil Sénior, la prestation est accordée à la personne accompagnant, durant un minimum d'une nuitée, un membre participant ou un ayant droit MNT : adulte d'au moins 70 ans ou personne handicapée.

Les frais doivent avoir été engagés dans l'établissement où séjourne la personne hospitalisée. Toutefois, la prestation est également accordée lorsque les frais sont engagés dans une maison spécialisée dans l'accueil des accompagnants de personnes hospitalisées. Les frais remboursés concernent uniquement l'hébergement, le petit-déjeuner et éventuellement les repas pris par l'accompagnant. Les autres frais sont exclus de toute prise en charge (parking, presse, internet,...). La prestation des frais d'accompagnant prend effet dès la première nuitée d'hospitalisation du malade et est versée dans la limite des frais engagés et du montant défini au tableau des prestations.

Pour l'hospitalisation d'une personne handicapée quel que soit son âge, la Mutuelle intervient si la personne handicapée est titulaire, soit de l'attestation d'invalidité délivrée par la Caisse Primaire d'Assurances Maladie, soit de la carte publique d'invalidité officiellement délivrée par un organisme public reconnu.

D) Indemnités forfaitaires hospitalisation pour les membres participants des DOM :

Pour les membres participants des départements d'Outre Mer ayant souscrit à la « protection Evolutive » il est versé une indemnité journalière forfaitaire de 15 euros par jour en cas de séjour hors du département consécutif à l'une des affections entrant dans la liste des maladies relevant des Affections de Longue Durée (ALD). Les cures thermales sont exclues. Le versement des indemnités journalières est limité par année civile à 30 jours en cas d'hospitalisation et à 8 jours en cas de médecine ambulatoire. Cette indemnité est également versée dans les mêmes conditions à l'accompagnant d'un enfant de moins de 18 ans.

E) Aide à domicile :

La mutuelle a souscrit au bénéfice de ses membres participants ayant souscrit aux modules « Services Entraide 1 » ou « Services Entraide 2 », ou au Profil Famille ou Sénior et de leurs bénéficiaires un contrat collectif auprès de RMA pour leur offrir des garanties d'assistance à domicile (voir article 31).

Article 25 – Participation à la cotisation relative au contrat collectif rente de survie (enfant handicapé) souscrit auprès de la C.N.P.

La mutuelle participe au paiement des primes versées par ses membres participants qui souscrivent au contrat « rente de survie » dans la limite des montants portés en annexe VI selon la catégorie choisie par les parents et leur groupe de cotisation CNP.

Cette participation n'est due qu'à raison d'une prime par enfant, même dans le cas où le père et la mère souscrivent chacun un contrat pour leurs enfants. Ces rentes seront servies dans les conditions fixées par le contrat passé à cet effet avec la Caisse Nationale de Prévoyance.

Article 26 – Aide à l'acquisition de Chèques Emploi Service (garde d'enfants)

Les adhérents, parents d'un enfant de moins de 16 ans (15 ans révolus) inscrit à la mutuelle, peuvent acquérir chaque année, 6 chèques Emploi Service (garde d'enfants), le coût de ces chèques est de 60 € pour les adhérents de plus de 35 ans et de 20 € pour les adhérents de 35 ans et moins.

CHAPITRE VI – GARANTIES PROCUREES PAR D'AUTRES ORGANISMES.

Article 27 – Affiliation obligatoire au contrat d'assurance de groupe MUTACITÉ

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-3 du Code de la Mutualité et à la décision de l'Assemblée générale du 20 septembre 2003, les membres participants sont obligatoirement affiliés au contrat n° 2002-1 d'allocations aux orphelins souscrit auprès de MUTACITÉ, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. L'allocation orphelin est versée au représentant légal pour chacun des enfants jusqu'à sa majorité ou son émancipation au décès du 1^{er} parent bénéficiaire de la Mutuelle depuis au moins trois mois. Le stage de trois mois est supprimé en cas de décès par accident.

En qualité de souscripteur du contrat, la mutuelle remet à chaque membre participant la notice d'information relative à celui-ci établie par MUTACITE.

Conformément au mandat qui lui est donné par MUTACITE, la M.N.T. encaisse auprès de ses membres participants la part de cotisation relative à cette garantie et la reverse à MUTACITE.

MUTACITE est seule responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

Article 28 – Affiliation obligatoire au contrat d'assurance de groupe Recours médical – Information juridique de SMACL Assurances

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité et à la décision de l'Assemblée générale du 20 juin 2015, les membres participants sont obligatoirement affiliés au contrat d'assurance de groupe Recours médical – Information juridique souscrit par la M.N.T. auprès de SMACL Assurances, entreprise d'assurance régie par le Code des assurances.

En qualité de souscripteur du contrat, la mutuelle remet à chaque membre participant la notice d'information relative à celui-ci établie par SMACL Assurances.

Conformément au mandat qui lui est donné par l'Assistance Protection Juridique, la M.N.T. encaisse auprès de ses membres participants la part de cotisation relative à cette garantie et la reverse à SMACL Assurances.

SMACL Assurances est seule responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

Article 29 – Affiliation obligatoire au contrat d'assurance de groupe IMA (inter Mutuelles Assistance)

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité et à la décision de l'Assemblée générale du 20 juin 2015, les membres participants sont obligatoirement affiliés au contrat d'assurance de groupe d'Assistance souscrit par la M.N.T. auprès de IMA, entreprise d'assurance régie par le Code des assurances.

En qualité de souscripteur du contrat, la mutuelle remet à chaque membre participant la notice d'information relative à celui-ci établie par IMA.

Conformément au mandat qui lui est donné par IMA, la M.N.T. encaisse auprès de ses membres participants la part de cotisation relative à cette garantie et la reverse à IMA.

IMA est seule responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

Article 30 – Bénéfice d'une garantie de cautionnement de prêts immobiliers

Du fait des partenariats noués par la mutuelle avec des organismes de cautionnement de prêts immobiliers, les adhérents au présent Règlement peuvent bénéficier d'une caution, sous réserve de satisfaire aux conditions d'attribution de la caution définies par les contrats liant la mutuelle à ces organismes.

Les conditions d'acceptation du dossier du candidat par l'organisme de caution sont définies dans les conventions de cautionnement des prêts immobiliers.

Article 31 - Contrat d'assurance de groupe « Aide à domicile » souscrit auprès de RMA (Ressources Mutuelle Assistance)

Conformément aux dispositions de l'article L221-3 du Code de la Mutualité et à la décision de l'Assemblée générale du 25 juin 2016, les membres participants sont obligatoirement affiliés au contrat d'assurance de groupe « Aide à domicile » souscrit par la MNT auprès de RMA, entreprise d'assurance régie par la code des assurances.

En qualité de souscripteur du contrat, la mutuelle remet à chaque membre participant la notice d'information relative à celui-ci établie par RMA.

Conformément au mandat qui lui est donné par RMA, la MNT encaisse la part de cotisation relative à cette garantie et la reverse à RMA.

RMA est seule responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

CHAPITRE VII – EFFET DU RETRAIT OU DU NON RENOUVELLEMENT DU LABEL

Article 32

Dans le cas où le label a fait l'objet d'une décision de retrait ou de non-renouvellement, la mutuelle en informe, dans un délai d'un mois à compter de la notification de cette décision, les membres participants, en leur précisant les majorations de cotisation qui peuvent en résulter en application de l'article 28 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011. Le retrait ou le non-renouvellement du label prend effet pour le membre participant à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de la labellisation.

Lorsque la mutuelle reçoit directement la participation financière de l'employeur, elle informe également la

collectivité territoriale ou l'établissement public intéressé de la décision de retrait ou de non-renouvellement du contrat ou du règlement. Cette information est donnée par les agents intéressés, lorsque la participation leur est versée directement.

CHAPITRE VIII – GARANTIES DU « + TERRITORIAL »

Les garanties du « + Territorial » comprennent la garantie « accidents du travail ou de service – maladies professionnelles » définie à la Section 2 ci-après, et les garanties souscrites par la Mutuelle Nationale Territoriale auprès d'autres organismes assureurs, définies à la Section 3 ci-après. En cas de résiliation de son adhésion au présent Règlement mutualiste, le membre participant peut, s'il le souhaite, conserver le bénéfice des garanties du « + Territorial », cette demande de maintien des garanties se traduisant par la signature d'un bulletin d'adhésion au règlement mutualiste Offre « + Territorial ».

SECTION 1 – PRISE D'EFFET – CESSATION DES GARANTIES

Article 33 – prise d'effet des garanties

Les garanties entrent en vigueur pour le membre participant :

- au plus tôt au 1^{er} janvier 2016,
- à compter de la date d'adhésion du membre participant au présent règlement postérieurement au 1^{er} janvier 2016.

Elles s'appliquent pour un fait générateur survenu à compter de ces dates.

Article 34 – Cessation des garanties

Les garanties décrites ci-dessus aux sections 2 et 3 cessent de produire leurs effets :

- à la date du départ à la retraite du membre participant,
- au décès du membre participant,
- à la date d'effet de la résiliation de son adhésion par le membre participant ou de non-paiement de la cotisation.

SECTION 2 - GARANTIE ACCIDENTS DU TRAVAIL OU DE SERVICE - MALADIES PROFESSIONNELLES

Article 35 - Définition de la garantie

La garantie accidents du travail ou de service et maladies professionnelles a pour objet d'octroyer un capital unique forfaitaire en euros en cas d'incapacité permanente ou d'invalidité du membre participant consécutive à un accident du travail ou de service, de trajet ou à une maladie professionnelle, reconnue par le régime de protection sociale de base du membre participant et qui perçoit à ce titre :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- Une allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (ATIACL),
- Une rente de la CNRACL suite à la radiation des cadres de la collectivité (mise à la retraite pour invalidité).

Pour les agents ou salariés relevant du régime général de la Sécurité sociale :

- Un capital ou une rente de la sécurité sociale au titre de l'incapacité permanente reconnue.

Article 36 – Montant du capital

Le montant du capital est de 1.000 euros (mille euros).

Article 37 - Conditions d'attribution du capital

Pour faire valoir ses droits, le membre participant doit remplir et adresser à la Mutuelle Nationale Territoriale un formulaire de demande de capital accidents du travail ou de service et maladies professionnelles dûment complété daté et signé par lui-même, accompagné des documents ci-dessous :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- l'arrêté d'attribution de l'ATIACL,
- le justificatif du paiement de l'allocation.

En cas de mise à la retraite pour invalidité :

- le décompte définitif de pension CNRACL,

- le bulletin de paiement de la CNRACL.

Pour les agents relevant du régime général de la Sécurité sociale :

- la notification par l'Assurance Maladie de l'attribution au titre de l'incapacité permanente d'une indemnité forfaitaire en capital ou d'une rente,
- le justificatif du paiement par l'Assurance Maladie du capital ou de la rente au titre de l'incapacité permanente.

SECTION 3 – GARANTIES SOUSCRITES AUPRÈS D'AUTRES ORGANISMES ASSUREURS

Article 38 – Affiliation obligatoire au contrat d'assurance de groupe Défense pénale et Recours professionnels – Droit de la sécurité sociale – Information Juridique

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité et à la décision de l'Assemblée générale du 20 juin 2015, les membres participants sont obligatoirement affiliés au contrat d'assurance de groupe Défense pénale et Recours professionnels – Droit de la sécurité sociale – Information Juridique souscrit par la M.N.T. auprès de SMACL Assurances

En qualité de souscripteur du contrat, la mutuelle remet à chaque membre participant la notice d'information relative à celui-ci établie par SMACL Assurances.

Conformément au mandat qui lui est donné par SMACL Assurances, la M.N.T. encaisse auprès de ses membres participants la part de cotisation relative à cette garantie et la reverse à SMACL Assurances.

SMACL Assurances est seul(e) responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

Article 39 - Affiliation obligatoire au contrat d'assurance de groupe Accompagnement vie professionnelle

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité et à la décision de l'Assemblée générale du 20 juin 2015, les membres participants sont obligatoirement affiliés au contrat d'assurance de groupe Accompagnement vie professionnelle souscrit par la M.N.T. auprès de Inter Mutuelles Assistance (IMA).

En qualité de souscripteur du contrat, la mutuelle remet à chaque membre participant la notice d'information relative à celui-ci établie par IMA.

Conformément au mandat qui lui est donné par IMA, la M.N.T. encaisse auprès de ses membres participants la part de cotisation relative à cette garantie et la reverse à IMA.

IMA est seul(e) responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

CHAPITRE IX – PERTE D'AUTONOMIE

Article 40 – Perte d'autonomie

Les membres participants et leurs ayants droits peuvent bénéficier en cas de perte d'autonomie du versement d'une rente mensuelle, temporaire ou viagère et d'un capital premières dépenses. Les conditions d'octroi des prestations et leur montant sont définis à l'annexe VII du présent règlement.

CHAPITRE X – AUTORITE DE CONTROLE

Article 41 –

Conformément aux dispositions de l'article L.510-1 du Code de la mutualité, le contrôle sur les mutuelles régies par le Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres, par l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) située 61, rue Taitbout 75436 PARIS Cedex 09.

CHAPITRE XI – DROITS INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Article 42 – Données personnelles

Les informations personnelles du membre participant et de ses ayants droit éventuels sont nécessaires à la MNT pour prendre en compte l'adhésion au règlement mutualiste et assurer le suivi et la gestion des

dossiers.

Conformément aux dispositions de la Loi Informatique et Libertés modifiée du 06 janvier 1978, le membre participant et ses ayants droit éventuels disposent d'un droit d'accès, d'opposition, de suppression et de modification des informations les concernant. Ils peuvent exercer ces droits par courrier postal accompagné d'un justificatif d'identité, auprès de MNT, 7 rue Bergère – 75311 PARIS cedex 09. Par ailleurs, le membre participant est avisé que, sauf opposition de sa part, les données collectées dans le cadre de son adhésion au présent règlement pourront être utilisées par la Mutuelle Nationale Territoriale pour le faire profiter d'autres produits et services, y compris dans le cadre de partenariats.

CHAPITRE XII - RECLAMATIONS

Article 43 – Réclamations

Pour toute réclamation, vous pouvez formuler votre demande :

- Auprès de votre section par écrit (courrier ou courriel) et par oral (visite et téléphone)
- En envoyant un courrier à MNT Quali'ter – 7 rue Bergère – 75009 Paris
- En ligne, depuis le formulaire de réclamation, accessible sur mnt.fr

Dès réception votre réclamation sera prise en charge. La mutuelle vous apportera directement une réponse.

Si le litige persiste après épuisement de ces procédures internes de traitement des réclamations, les adhérents peuvent saisir le Médiateur de la Mutualité Française en lui envoyant :

- un courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF

255 rue de Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15

- ou un courriel à : mediation@mutualite.fr

Le site du Médiateur est accessible sur le site Internet de la Mutualité Française : www.mutualite.fr

ANNEXE I

OPTIONS DE BASE

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale

PRESTATIONS DE BASE (dans la limite des frais réellement engagés)	Remboursement Sécurité sociale	Protection Essentielle	Protection Evolutive
HONORAIRES MEDICAUX ET CHIRURGICAUX DANS PARCOURS DE SOINS (voir annexe III – 3 / 7 / 8)			
- Consultations / visites (Généralistes et Spécialistes) pour les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	70 %	30 %BR	30 %BR
- Consultations / visites (Généralistes et Spécialistes) pour les médecins n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	70 %	30 %BR	30 %BR
- Honoraires chirurgicaux (actes ADC, ADA, ACO) pour les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	70 %	30 %BR	30 %BR
- Honoraires chirurgicaux (actes ADC, ADA, ACO) pour les médecins n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	70 %	30 %BR	30 %BR
- Honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes...)	60 %	40 %BR	40 % BR
- Actes techniques médicaux et actes d'imagerie (ADI, ADE et ATM) effectués par des médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	70 %	30 % BR	30 % BR
- Actes techniques médicaux et actes d'imagerie (ADI, ADE et ATM) effectués par des médecins n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	70 %	30 % BR	30 % BR
- Examens de laboratoire	60 %	40 % BR	40 % BR
HONORAIRES MEDICAUX HORS PARCOURS DE SOINS (voir annexe III – 3 / 7 / 8)			
- Consultations / visites	30 %	30 %BR	30 %BR
- Actes médicaux	30 %	30 %BR	30 %BR
- Ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, Acupuncture, Homéopathie (voir annexe III - 9)	Néant	Néant	Forfait de 45 € par année civile
ACTES MEDICAUX SUPERIEURS OU EGAUX A 120 €			
Prise en charge de la franchise appliquée par la Sécurité Sociale sur les actes médicaux dont le montant est supérieur ou égal à 120 €			
PHARMACIE			
- Médicaments remboursés à 65% par l'assurance maladie	65 %	35 % BR	35 % BR
- Médicaments remboursés à 30% par l'assurance maladie	30 %	70 % BR	70 % BR
- Vaccin contre la grippe (de 60 à 64 ans) 1 fois par année civile	Néant	100 %	100 %
TRANSPORT			
- Frais de transport, ambulance	65 %	35 % BR	35 % BR
HOSPITALISATION (voir annexe III – 2)			
- Honoraires et frais de Séjour	80 %	20 % BR	20 % BR
- Forfait journalier hospitalier (voir annexe III – 11)	Néant	Intégralité	Intégralité
- Chambre particulière (voir annexe III – 1) en établissements conventionnés	Néant	Néant	66 € par jour
- Chambre particulière (voir annexe III – 1) en établissements non conventionnés	Néant	Néant	45 € par jour
- Chambre particulière (voir annexe III – 1) en ambulatoire en établissements conventionnés	Néant	Intégralité	Intégralité
- Chambre particulière (voir annexe III – 1) en ambulatoire en établissements non conventionnés	Néant	10 €	10 €
- Indemnités forfaitaires hospitalisation pour les membres participants des DOM (article 24)	Néant	Néant	15 € / jour, 30 jours maxi
FRAIS DENTAIRES			
- Soins dentaires	70 %	30 % BR	30 % BR
- Prothèses dentaires :			
• Couronne /pilier de bridge définitif céramo-métallique ou céramo-céramique	75,25 €	60 €	97 €
• Couronne / pilier de bridge définitif métallique	75,25 €	60 €	60 €
• Bridge 3 éléments définitifs:			
- Métal	195,65 €	154 €	200 €
- Céramique	195,65 €	154 €	252 €
• Inlay Core (faux-moignon)	85,75 €	68 €	111 €
• Prothèses amovible ou intermédiaire de bridge (1,2 ou 3 dents)	45,15 €	36 €	59 €
• Prothèse amovible (par dent supplémentaire) ou	7,52 €	5 €	10 €

intermédiaire de bridge (4 ^{ème} et plus) La garantie s'applique dans la limite (hors ticket modérateur) par année civile et par bénéficiaire, option de base et module(s) compris, de 1000 € la 1 ^{ère} année d'adhésion, 1500 € la 2 ^{ème} année d'adhésion.			
- Frais d'orthodontie jusqu'à l'âge de 16 ans	70 %	55 % BR	55 % BR
	100 %	25 % BR	55 % BR
- Frais d'orthodontie plus de 16 ans	Néant	Néant	55 % BR
- Implants dentaires	Néant	Néant	180 euros par implant dans la limite de 3 implants par année civile
OPTIQUE (voir annexe III – 6)			
- Verres simples, monture - <i>maximum d'un forfait / 2 ans (Monture limitée à 150 €)</i>	60 %	40 % BR**	90 €
- Verres moyens, monture - <i>maximum d'un forfait / 2 ans (Monture limitée à 150 €)</i>	60 %	40 % BR**	200 €
- Verres complexes, monture - <i>maximum d'un forfait / 2 ans (Monture limitée à 150 €)</i>	60 %	40 % BR**	240 €
- Prismes	60 %	40 % BR	40 % BR + 40 €
- Lentilles acceptées par la Sécurité Sociale	60 %	40 % BR	124 € par année civile (puis 40% BR au-delà de cette limite)
- Lentilles refusées par la Sécurité Sociale	Néant	Néant	76 € par année civile
- Chirurgie réfractive (par œil) (<i>uniquement en cas de kératochirurgie</i>)	Néant	Néant	180 €
APPAREILLAGE			
- Hors dentaire : fauteuil roulant, autre... (voir annexe III- 10)	60 %	40 % BR	150 % BR
	100 %	Néant	115 % BR
- Prothèse auditive (Hors entretien)	60 %	40 % BR	Forfait de 665 € par oreille /an, limité à 1330 € (puis 40% BR au-delà de cette limite)
	100 %	Néant	
CURES THERMALES			
- Traitement	65 %	35% BR	35 % BR
- Frais hébergement et transport	65 %	35% BR	35 % BR
- Forfait	Néant	Néant	Néant
PREVENTION			
- Prise en charge du détartrage annuel dentaire	Oui	Oui	Oui
- Vaccins ou rappels	Oui	Oui	Oui
DEPENDANCE			
- Dépendance GIR 1 / GIR 2 – Rente mensuelle de 100 € + Capital de 840 €	-	Oui	Oui
ASSISTANCE			
Assistance (article 29)	-	Oui	Oui

* La mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du code de la Sécurité Sociale.

** Par dérogation au cas général, la prise en charge de cette prestation n'est pas limitée.

OPTIONS DE BASE « ENFANTS »

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale

PRESTATIONS DE BASE (dans la limite des frais réellement engagés)	Remboursement Sécurité sociale	Protection Enfant 1	Protection Enfant 2
HONORAIRES MEDICAUX ET CHIRURGICAUX DANS PARCOURS DE SOINS (voir annexe III – 3 / 7 / 8)			
- Consultations / visites (Généralistes et Spécialistes) pour les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	70 %	30 %BR	55 % BR
- Consultations / visites (Généralistes et Spécialistes) pour les médecins n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	70 %	30 %BR	30 % BR
- Honoraires chirurgicaux (actes ADC, ADA, ACO) pour les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	70 %	30 %BR	55% BR
- Honoraires chirurgicaux (actes ADC, ADA, ACO) pour les médecins n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	70 %	30 %BR	30 % BR
- Honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes...)	60 %	40 %BR	40 % BR
- Actes techniques médicaux et actes d'imagerie (ADI, ADE et ATM) effectués par des médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	70 %	30 % BR	55 % BR
- Actes techniques médicaux et actes d'imagerie (ADI, ADE et ATM) effectués par des médecins n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	70 %	30 % BR	30 % BR
- Examens de laboratoire	60 %	40 % BR	65 % BR
HONORAIRES MEDICAUX HORS PARCOURS DE SOINS (voir annexe III – 3 / 7 / 8)			
- Consultations / visites	30 %	30 %BR	30 %BR
- Actes médicaux	30 %	30 %BR	30 %BR
ACTES MEDICAUX SUPERIEURS OU EGAUX A 120 €			
Prise en charge de la franchise appliquée par la Sécurité Sociale sur les actes médicaux dont le montant est supérieur ou égal à 120 €			
PHARMACIE			
- Médicaments remboursés à 65% par l'assurance maladie	65 %	35 % BR	35 % BR
- Médicaments remboursés à 30% par l'assurance maladie	30 %	70 % BR	70 % BR
TRANSPORT			
- Frais de transport, ambulance	65 %	35 % BR	35 % BR
HOSPITALISATION (voir annexe III – 2)			
- Honoraires et frais de Séjour	80 %	20 % BR	20 % BR
- Forfait journalier hospitalier (voir annexe III – 11)	Néant	Intégralité	Intégralité
- Chambre particulière (voir annexe III – 1) en ambulatoire en établissements conventionnés	Néant	Intégralité	Intégralité
- Chambre particulière (voir annexe III – 1) en ambulatoire en établissements non conventionnés	Néant	10 €	10 €
FRAIS DENTAIRES			
- Soins dentaires	70 % BR	30 % BR	30 % BR
- Prothèses dentaires	70 % BR	30 % BR	30 % BR
- Frais d'orthodontie jusqu'à l'âge de 16 ans	70 %	130 % BR	190 % BR
	100 %	130 % BR	190 % BR
- Frais d'orthodontie plus de 16 ans	Néant	-	30 % BR
OPTIQUE (voir annexe III – 6)			
- Verres simples, monture - maximum d'un forfait / an*** (Monture limitée à 150 €)	60 %	40 % BR**	50 €
- Verres moyens, monture - maximum d'un forfait / an*** (Monture limitée à 150 €)	60 %	40 % BR**	200 €
- Verres complexes, monture - maximum d'un forfait / an*** (Monture limitée à 150 €)	60 %	40 % BR**	200 €

- Prismes	60 %	40% BR	40% BR + 40 €
- Lentilles acceptées par la Sécurité Sociale	60 %	40% BR	50 € par année civile (puis 40% BR au-delà de cette limite)
- Lentilles refusées par la Sécurité Sociale	Néant	Néant	50 € par année civile
APPAREILLAGE			
- Hors dentaire : fauteuil roulant, autre... (voir annexe III- 10)	60 %	40 % BR	40 % BR
	100 %	Néant	Néant
- Prothèse auditive (Hors entretien)	60 %	40 % BR	40 % BR
	100 %	Néant	Néant
BIEN-ETRE ET PREVENTION			
- Cures thermales : Traitement – Hébergement - Transport	65 %	35% BR	35 % BR
- Consultation visite médicale sportive	-	Intégralité	Intégralité
- Vaccins ou rappels	Oui	Oui	Oui
- Prise en charge du détartrage annuel dentaire	Oui	Oui	Oui
DEPENDANCE			
- Dépendance GIR 1 / GIR 2 – Rente mensuelle de 100 € + Capital de 840 €	-	Oui	Oui
ASSISTANCE			
Assistance (article 29)	-	Oui	Oui

* La mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du code de la Sécurité Sociale.

** Par dérogation au cas général, la prise en charge de cette prestation n'est pas limitée.

*** pour les mineurs – un forfait / 2 ans si enfants majeurs.

Les prestations du « Service entraide 1 » bénéficient obligatoirement aux adhérents de l'option de base « Protection essentielle » :

« Services entraide 1 » (SE1)

LIBELLE	Prestations Services Entraide
Forfait aide à Domicile – en cas d'hospitalisation (articles 24 et 31)	Oui
Forfait aide à Domicile en cas de traitement par chimiothérapie ou radiothérapie (articles 24 et 31)	Oui
Participation au coût de mise en place de la télé-assistance (adhérents en GIR 1 à 4) (non renouvelable sauf en cas de déménagement) – Voir annexe III-4	Frais d'installation + 3 mois d'abonnement avec un maximum de 140 €
Aide pour l'achat de matériel favorisant le maintien à domicile (adhérent en GIR 1 à 4) – Voir annexe III-4	Forfait de 50 €/année civile
Protection Défense pénale et Recours professionnels – Droit de la sécurité sociale – Information Juridique (article 38)	OUI
Recours médical – Information juridique (article 28)	OUI
Prime inscription naissance ou adoption (article 24)	76 €
Allocation orphelin (annuelle) (article 27)	136 €
Participation cotisation contrat rente de survie (article 25)	OUI
Contraceptif oral	30 € / année civile
Allocation obsèques (article 24)	520 €

Les prestations du « Service entraide 2 » bénéficient obligatoirement aux adhérents de l'option de base « Protection Evolutive » :

« Services entraide 2 » (SE2)

LIBELLE	Prestations Services Entraide
Forfait aide à Domicile – en cas d'hospitalisation (articles 24 et 31)	Oui
Forfait aide à Domicile en cas de traitement par chimiothérapie ou radiothérapie (articles 24 et 31)	Oui
Participation au coût de mise en place de la télé-assistance (adhérents en GIR 1 à 4) (non renouvelable sauf en cas de déménagement) – Voir annexe III-4	Frais d'installation + 3 mois d'abonnement avec un maximum de 140 €
Aide pour l'achat de matériel favorisant le maintien à domicile (adhérent en GIR 1 à 4) – Voir annexe III-4	Forfait de 50 €/année civile
Protection Défense pénale et Recours professionnels – Droit de la sécurité sociale – Information Juridique (article 38)	OUI
Recours médical – Information juridique (article 28)	OUI
Prime inscription naissance ou adoption (article 24)	76 €
Personne accompagnant un enfant de – de 16 ans ou un adulte de + de 70 ans (ou un handicapé)	27 €/jour – 12 jours maximum
Troubles de l'érection suite à traitement médical ou intervention chirurgicale (selon affections mentionnées en annexe III-5)	150 € par année civile
Allocation orphelin (annuelle) (article 27)	136 €
Participation cotisation contrat rente de survie (article 25)	OUI
Allocation obsèques (article 24)	520 €
Consultation auprès d'un diététicien	60 €/année civile
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale	40€ /3 ans (à partir de 45 ans)
Contraceptif oral	50 €/année civile
Substitut nicotinique	50 €/année civile
Renfort Cures thermales	Forfait de 135 €/ année civile
Renfort Prothèses auditives	Forfait de 250€/ oreille
Renfort Orthodontie (moins et plus de 16 ans)	35 % BR
Renfort Appareillage	105% BR

ESSENTIELLE PLUS 1 Prestations garanties

Libellé	Prestations
HONORAIRES MEDICAUX HORS PARCOURS DE SOINS	
- Consultation auprès d'un diététicien	50 € par année civile
- Consultation d'ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, acupuncture, Homéopathie (voir annexe III-9)	45 € par année civile
PHARMACIE	
- Contraceptifs oraux	20 € par année civile
- Substituts nicotiniques	20 € par année civile
FRAIS DENTAIRES	
- Prothèses dentaires : <ul style="list-style-type: none"> • Couronne (ou pilier de bridge) définitif céramo-métallique ou céramo-céramique • Couronne (ou pilier de bridge) définitif métallique • Bridge 3 éléments définitifs: <ul style="list-style-type: none"> - Métal - Céramique • Inlay Core (faux-moignon) • Prothèses amovible ou intermédiaire de bridge (1,2 ou 3 dents) • Prothèse amovible (par dent supplémentaire) ou intermédiaire de bridge (4^{ème} et plus) 	27 € - 25 € 70 € 31 € 17 € -
La garantie s'applique dans la limite (hors ticket modérateur) par année civile et par bénéficiaire, option de base et module(s) compris, de 1000 € la 1 ^{ère} année d'adhésion, 1500 € la 2 ^{ème} année d'adhésion	
OPTIQUE	
- Verres simples , montures - <i>maximum d'un forfait /2 ans (voir annexe III - 6)</i>	50 €
- Verres moyens, monture - <i>maximum d'un forfait / 2 ans (voir annexe III – 6)</i>	200 €
- Verres complexes, monture - <i>maximum d'un forfait / 2 ans (voir annexe III – 6)</i>	200 €
- Lentilles acceptées	50 € par année civile
- Lentilles refusées	50 € par année civile

*La mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du code de la Sécurité Sociale.

ESSENTIELLE PLUS 1 « renforcée » Prestations garanties

Libellé	Prestations
HONORAIRES MEDICAUX HORS PARCOURS DE SOINS	
- Consultation auprès d'un diététicien	50 € par année civile
- Consultation d'ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, acupuncture, Homéopathie (voir annexe III-9)	45 € par année civile
PHARMACIE	
- Contraceptifs oraux	20 € par année civile

- Substituts nicotiniques	20 € par année civile
HOSPITALISATION	
- Chambre particulière en ambulatoire en établissements conventionnés	Intégralité
FRAIS DENTAIRES	
- Prothèses dentaires : <ul style="list-style-type: none"> • Couronne (ou pilier de bridge) définitif céramo-métallique ou céramo-céramique • Couronne (ou pilier de bridge) définitif métallique • Bridge 3 éléments définitifs: <ul style="list-style-type: none"> - Métal - Céramique • Inlay Core (faux-moignon) • Prothèses amovible ou intermédiaire de bridge (1,2 ou 3 dents) • Prothèse amovible (par dent supplémentaire) ou intermédiaire de bridge (4^{ème} et plus) 	27 € - 25 € 70 € 31 € 17 € 5 €
La garantie s'applique dans la limite (hors ticket modérateur) par année civile et par bénéficiaire, option de base et module(s) compris, de 1000 € la 1 ^{ère} année d'adhésion, 1500 € la 2 ^{ème} année d'adhésion	
- Orthodontie	30 % BR
OPTIQUE	
- Verres simples, monture - <i>maximum d'un forfait / 2 ans</i> (voir annexe III – 6)	50 €
- Verres moyens, monture - <i>maximum d'un forfait / 2 ans</i> (voir annexe III – 6)	200 €
- Verres complexes, monture - <i>maximum d'un forfait / 2 ans</i> (voir annexe III – 6)	200 €
- Lentilles acceptées	50 € par année civile
- Lentilles refusées	50 € par année civile

*La mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du code de la Sécurité Sociale.

OPTION « Indemnités Hospitalisation » Prestations garanties (IH1 et IH2)

Libellé	Prestations Indemnités Hospitalisation
- Indemnité journalière en cas d'hospitalisation versée à partir du 3 ^e jour et pendant un maximum de 90 jours (article 8).	Au choix 4 € ou 8 € par jour

*La mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du code de la Sécurité Sociale.

CONFORT 1 (C1) Prestations garanties

Libellé	Prestations Confort 1
FRAIS DENTAIRES	
- Prothèses dentaires : <ul style="list-style-type: none"> • Couronne (ou pilier de bridge) définitif céramo-métallique ou céramo-céramique • Couronne (ou pilier de bridge) définitif métallique • Bridge 3 éléments définitifs: <ul style="list-style-type: none"> - Métal - Céramique • Inlay Core (faux-moignon) • Prothèses amovible ou intermédiaire de bridge (1,2 ou 3 dents) • Prothèse amovible (par dent supplémentaire) ou intermédiaire de bridge (4^{ème} et plus) 	140 € 106 € 131 € 364 € 112 € 84 € 5 €
La garantie s'applique dans la limite (hors ticket modérateur) par année civile et par bénéficiaire, option de base et module(s) compris, de 1000 € la 1 ^{ère} année d'adhésion, 1500 € la 2 ^{ème} année d'adhésion	
- Orthodontie	45 % BR
- Implants dentaires	200 euros par implant dans la limite de 3 implants par année civile
OPTIQUE	
- Verres simples, monture - <i>maximum d'un forfait / 2 ans</i> (voir annexe III – 6)	90 €
- Verres moyens, monture - <i>maximum d'un forfait / 2 ans</i> (voir annexe III – 6)	90 €
- Verres complexes, monture - <i>maximum d'un forfait / 2 ans</i> (voir annexe III – 6)	120 €
- Chirurgie réfractive (par œil) <i>(uniquement en cas de kératochirurgie)</i>	180 €
- Lentilles acceptées	79 € par année civile
- Lentilles refusées	30 € par année civile
CURES THERMALES	
- Forfait	40 €
HOSPITALISATION	
- Chambre particulière (voir annexe III – 1) en établissements conventionnés	Intégralité
- Chambre particulière (voir annexe III – 1) en établissements non conventionnés	26 €
- Chambre particulière (voir annexe III – 1) en ambulatoire en établissements conventionnés	Intégralité
- Chambre particulière (voir annexe III – 1) en ambulatoire en établissements non conventionnés	10 €
CHIRURGIE DANS PARCOURS DE SOINS	
- Dépassement des honoraires chirurgicaux (actes ADC, ADA, ACO)) pour les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	35% BR
- Dépassement des honoraires chirurgicaux (actes ADC, ADA, ACO)) pour les médecins n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	15% BR
DIVERS	
- Allocation obsèques (article 24)	250 €
HONORAIRES MEDICAUX HORS PARCOURS DE SOINS	
- Ostéopathie, chiropractie, étio-pathie Acupuncture, Homéopathie (voir annexe III-9)	90 € par année civile
APPAREILLAGE	
Bonus fidélité (article 8.2) – Appareillage (hors dentaire)	50% BR
Bonus fidélité (article 8.2) – Prothèse auditive (hors entretien)	100 €

*La mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du code de la Sécurité Sociale.

CONFORT 2 (C2)

Prestations garanties

Libellé	Prestations Confort 2
HONORAIRES MEDICAUX DANS LE PARCOURS DE SOINS (voir annexe III- 8)	
- Consultations / visites (Généralistes et Spécialistes) pour les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	25 % BR
- Honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes...)	25 % BR
- Actes techniques médicaux et actes d'imagerie (ADI, ADE et ATM) effectués par des médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	25 % BR
- Examens de laboratoire	25 % BR
HONORAIRES MEDICAUX HORS PARCOURS DE SOINS	
- Ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, acupuncture, homéopathie (Voir annexe III-9)	90 € par année civile
FRAIS DENTAIRES	
- Prothèses dentaires : <ul style="list-style-type: none"> • Couronne (ou pilier de bridge) définitif céramo-métallique ou céramo-céramique • Couronne (ou pilier de bridge) définitif métallique • Bridge 3 éléments définitifs: <ul style="list-style-type: none"> - Métal - Céramique • Inlay Core (faux-moignon) • Prothèses amovible ou intermédiaire de bridge (1,2 ou 3 dents) • Prothèse amovible (par dent supplémentaire) ou intermédiaire de bridge (4^{ème} et plus) 	194 € 147 € 231 € 504 € 154 € 117 € 10 €
La garantie s'applique dans la limite (hors ticket modérateur) par année civile et par bénéficiaire, option de base et module(s) compris, de 1000 € la 1 ^{ère} année d'adhésion, 1500 € la 2 ^{ème} année d'adhésion	
- Orthodontie	60 % BR
- Implants dentaires	250€ par implant dans la limite de 3 implants par année civile
OPTIQUE	
- Verres simples, monture - <i>maximum d'un forfait / 2 ans</i> (voir annexe III – 6)	120 €
- Verres moyens, monture - <i>maximum d'un forfait / 2 ans</i> (voir annexe III – 6)	120 €
- Verres complexes, monture - <i>maximum d'un forfait / 2 ans</i> (voir annexe III – 6)	140 €
- Chirurgie réfractive (par œil) <i>(uniquement en cas de kératochirurgie)</i>	240 €
- Lentilles acceptées	99 € par année civile
- Lentilles refusées	60 € par année civile
CURES THERMALES	
- Forfait	60 €
HOSPITALISATION	
- Chambre particulière (voir annexe III – 1) en établissements conventionnés	Intégralité
- Chambre particulière (voir annexe III – 1) en établissements non conventionnés	26 €
- Chambre particulière (voir annexe III – 1) en ambulatoire en établissements conventionnés	Intégralité
- Chambre particulière (voir annexe III – 1) en ambulatoire en établissements non conventionnés	10 €
CHIRURGIE DANS PARCOURS DE SOINS	
-Dépassement des honoraires chirurgicaux (actes ADC, ADA, ACO)) pour les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	50% BR

- Dépassement des honoraires chirurgicaux (actes ADC, ADA, ACO)) pour les médecins n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	30% BR
APPAREILLAGE	
Bonus fidélité (article 8.2) – Appareillage (hors dentaire)	50% BR
Bonus fidélité (article 8.2) – Prothèse auditive (hors entretien)	100 €
DIVERS	
- Allocation obsèques (article 24)	250 €

*La mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du code de la Sécurité Sociale.

CONFORT 3 (C3) Prestations garanties

Libellé	Prestations Confort 3
HONORAIRES MEDICAUX DANS LE PARCOURS DE SOINS (voir annexe III- 8)	
- Consultations / visites (Généralistes et Spécialistes) pour les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	55 % BR
- Consultations / visites (Généralistes et Spécialistes) pour les médecins n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	35 % BR
- Honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes...)	25 % BR
- Examens de laboratoire	25 % BR
- Actes techniques médicaux et actes d'imagerie (ADI, ADE et ATM) effectués par des médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	50 % BR
- Actes techniques médicaux et actes d'imagerie (ADI, ADE et ATM) effectués par des médecins n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	30 % BR
HONORAIRES MEDICAUX HORS PARCOURS DE SOINS	
- Ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, acupuncture, homéopathie (Voir annexe III-9)	90 € par année civile
FRAIS DENTAIRES	
- Prothèses dentaires : <ul style="list-style-type: none"> • Couronne (ou pilier de bridge) définitif céramo-métallique ou céramo-céramique • Couronne (ou pilier de bridge) définitif métallique • Bridge 3 éléments définitifs: <ul style="list-style-type: none"> - Métal - Céramique • Inlay Core (faux-moignon) • Prothèses amovible ou intermédiaire de bridge (1,2 ou 3 dents) • Prothèse amovible (par dent supplémentaire) ou intermédiaire de bridge (4^{ème} et plus) 	237 € 180 € 282 € 616 € 188 € 143 € 10 €
La garantie s'applique dans la limite (hors ticket modérateur) par année civile et par bénéficiaire, option de base et module(s) compris, de 1000 € la 1 ^{ère} année d'adhésion, 1500 € la 2 ^{ème} année d'adhésion	
- Orthodontie	90 % BR
- Implants dentaires	300 € par implant dans la limite de 3 implants par année civile
OPTIQUE	
- Verres simples, monture - <i>maximum d'un forfait / 2 ans</i> (voir annexe III – 6)	120 €
- Verres moyens, monture - <i>maximum d'un forfait / 2 ans</i> (voir annexe III – 6)	200 €
- Verres complexes, monture - <i>maximum d'un forfait / 2 ans</i> (voir annexe III – 6)	250 €
- Chirurgie réfractive (par œil) <i>(uniquement en cas de kératochirurgie)</i>	400 €

- Lentilles acceptées	180 € par année civile
- Lentilles refusées	110 € par année civile
CURES THERMALES	
- Forfait	60 €
HOSPITALISATION	
- Chambre particulière (voir annexe III – 1) en établissements conventionnés	Intégralité
- Chambre particulière (voir annexe III – 1) en établissements non conventionnés	26 €
- Chambre particulière (voir annexe III – 1) en ambulatoire en établissements conventionnés	Intégralité
- Chambre particulière (voir annexe III – 1) en ambulatoire en établissements non conventionnés	10 €
CHIRURGIE DANS PARCOURS DE SOINS	
-Dépassement des honoraires chirurgicaux (actes ADC, ADA, ACO) pour les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	50% BR
- Dépassement des honoraires chirurgicaux (actes ADC, ADA, ACO)) pour les médecins n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	30% BR
APPAREILLAGE	
Bonus fidélité (article 8.2) – Appareillage (hors dentaire)	50% BR
Bonus fidélité (article 8.2) – Prothèse auditive (hors entretien)	100 €
DIVERS	
- Allocation obsèques (article 24)	1 402 €
- Allocation orphelin (article 27)	170 € par année civile
- Prime Naissance (article 24)	76 €

*La mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du code de la Sécurité Sociale.

CONFORT PLUS 4 (C+4) Prestations garanties

Libellé	Prestations Confort Plus 4
FRAIS DENTAIRES	
- Prothèses dentaires : <ul style="list-style-type: none"> • Couronne (ou pilier de bridge) définitif céramo-métallique ou céramo-céramique • Couronne (ou pilier de bridge) définitif métallique • Bridge 3 éléments définitifs: <ul style="list-style-type: none"> - Métal - Céramique • Inlay Core (faux-moignon) • Prothèses amovible ou intermédiaire de bridge (1,2 ou 3 dents) • Prothèse amovible (par dent supplémentaire) ou intermédiaire de bridge (4^{ème} et plus) 	65 € 45 € 149 € 168 € 74 € 39 € 5 €
La garantie s'applique dans la limite (hors ticket modérateur) par année civile et par bénéficiaire, option de base et module(s) compris, de 1000 € la 1 ^{ère} année d'adhésion, 1500 € la 2 ^{ème} année d'adhésion	
- Implants dentaires	50 € par implant dans la limite de 3 implants par année civile
OPTIQUE	
- Maximum d'un forfait / 2 ans (voir annexe III – 6)	30 €
- Chirurgie réfractive (par œil) <i>(uniquement en cas de kératochirurgie)</i>	60 €

- Lentilles acceptées	79 € par année civile
- Lentilles refusées	30 € par année civile
DIVERS	
- Allocation obsèques (article 24)	450 €

*La mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du code de la Sécurité Sociale.

CONFORT PLUS 5 (C+5) Prestations garanties

Libellé	Prestations Confort Plus 5
HONORAIRES MEDICAUX DANS LE PARCOURS DE SOINS (voir annexe III- 8)	
- Honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes...)	25 % BR
- Examens de laboratoire	25 % BR
HONORAIRES MEDICAUX HORS PARCOURS DE SOINS	
- Ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, acupuncture, homéopathie (Voir annexe III-9)	25 € par année civile
FRAIS DENTAIRES	
- Prothèses dentaires : <ul style="list-style-type: none"> • Couronne (ou pilier de bridge) définitif céramo-métallique ou céramo-céramique 97 € • Couronne (ou pilier de bridge) définitif métallique 68 € • Bridge 3 éléments définitifs: <ul style="list-style-type: none"> - Métal 223 € - Céramique 252 € • Inlay Core (faux-moignon) 111 € • Prothèses amovible ou intermédiaire de bridge (1,2 ou 3 dents) 59 € • Prothèse amovible (par dent supplémentaire) ou intermédiaire de bridge (4^{ème} et plus) 5 € 	
La garantie s'applique dans la limite (hors ticket modérateur) par année civile et par bénéficiaire, option de base et module(s) compris, de 1000 € la 1 ^{ère} année d'adhésion, 1500 € la 2 ^{ème} année d'adhésion	
Bonus fidélité – Prothèses dentaires	50 €
- Orthodontie	40 % BR
- Implants dentaires	50 € par implant dans la limite de 3 implants par année civile
Bonus fidélité (article 8.2) – Implants dentaires	50 €
OPTIQUE	
- Maximum d'un forfait / 2 ans (voir annexe III – 6)	55 €
- Chirurgie réfractive (par œil) <i>(uniquement en cas de kératochirurgie)</i>	110 €
- Lentilles acceptées	90 € par année civile
- Lentilles refusées	55 € par année civile

*La mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du code de la Sécurité Sociale.

CONFORT PLUS 6 (C + 6) Prestations garanties

Libellé	Prestations Confort Plus 6
HONORAIRES MEDICAUX ET CHIRURGICAUX DANS LE PARCOURS DE SOINS (voir annexe III- 8)	
Dépassements honoraires médicaux pour les médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins	50 % BR
Dépassements honoraires médicaux pour les médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins	30 % BR
Dépassements honoraires chirurgicaux pour les médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins (codes ADC,ADA,ACO)	110 % BR
Dépassements honoraires chirurgicaux pour les médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins (codes ADC,ADA,ACO)	70 % BR
Actes techniques médicaux et actes d'imagerie par les médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins (ADI – ATM, ADE)	25 % BR
Actes techniques médicaux et actes d'imagerie par les médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins (ADI – ATM, ADE)	-

**La mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du code de la Sécurité Sociale.*

CONFORT CNSD Prestations garanties

Libellé	Prestations Confort CNSD
HONORAIRES MEDICAUX DANS LE PARCOURS DE SOINS (voir annexe III- 8)	
- Consultations / visites (Généralistes et Spécialistes) pour les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	55 % BR
- Consultations / visites (Généralistes et Spécialistes) pour les médecins n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	35 % BR
- Honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes...)	25 % BR
- Examens de laboratoire	25 % BR
- Actes techniques médicaux et actes d'imagerie (ADI, ADE et ATM) effectués par des médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	50 % BR
- Actes techniques médicaux et actes d'imagerie (ADI, ADE et ATM) effectués par des médecins n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	30 % BR
HONORAIRES MEDICAUX HORS PARCOURS DE SOINS	
- Ostéopathie, chiropractie, étioopathie, acupuncture, homéopathie (Voir annexe III-9)	90 € par année civile
FRAIS DENTAIRES	
Prothèses dentaires	
PRESTATION CONVENTIONNELLE – Elle est versée uniquement lorsque le membre participant ou les ayants droit ont recours à un professionnel de santé ayant adhéré au protocole d'accord MFP- CNSD. Ils bénéficient alors : - du montant de la prestation conventionnelle - de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite fixée conventionnellement.	Remboursement Sécurité Sociale et prestation option de base Evolutive inclus.
Pose d'une couronne transitoire et d'une couronne définitive (à l'exclusion d'une couronne céramo-céramique) sur les molaires	270,40 €
Pose d'une couronne transitoire et d'une couronne définitive localisée sur toutes les dents sauf les molaires.	473,20€
Pose d'une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge) comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire Métallique sur toutes les dents	1 150 €

Pose d'une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge] de 3 dents comportant au moins 1 pilier d'ancrage ou 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalent minéraux sur toutes les dents	1 195,65 €
Adjonction d'un élément intermédiaire à une prothèse plurale Dentoportée définitive (bridge) sur toutes les dents	110 € ou 117,53 €
Adjonction d'un pilier à une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge) sur toutes les dents	185,25 €
Pose d'une infrastructure coronoradiculaire sans clavette sur une dent (Inlay core)	185,79 €
Pose d'une infrastructure coronoradiculaire avec clavette sur une dent (Inlay core à clavette)	216,84 €
PRESTATION NON CONVENTIONNELLE	
- Autres prothèses dentaires	220 % BR
- Orthodontie	90 % BR
- Implants dentaires	300 € par implant dans la limite de 3 implants par année civile
OPTIQUE	
- Verres simples, monture - <i>maximum d'un forfait / 2 ans</i> (voir annexe III – 6)	120 €
- Verres moyens, monture - <i>maximum d'un forfait / 2 ans</i> (voir annexe III – 6)	200 €
- Verres complexes, monture - <i>maximum d'un forfait / 2 ans</i> (voir annexe III – 6)	250 €
- Chirurgie réfractive (par œil) <i>(uniquement en cas de kératochirurgie)</i>	400 €
- Lentilles acceptées	180 € par année civile
- Lentilles refusées	110 € par année civile
CURES THERMALES	
- Forfait	60 €
HOSPITALISATION	
- Chambre particulière (voir annexe III – 1) en établissements conventionnés	Intégralité
- Chambre particulière (voir annexe III – 1) en établissements non conventionnés	26 €
- Chambre particulière (voir annexe III – 1) en ambulatoire en établissements conventionnés	Intégralité
- Chambre particulière (voir annexe III – 1) en ambulatoire en établissements non conventionnés	10 €
CHIRURGIE DANS PARCOURS DE SOINS	
-Dépassement des honoraires chirurgicaux (actes ADC, ADA, ACO)) pour les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	50% BR
- Dépassement des honoraires chirurgicaux (actes ADC, ADA, ACO)) pour les médecins n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	30% BR
APPAREILLAGE	
Bonus fidélité (article 8.2) – Appareillage (hors dentaire)	50% BR
Bonus fidélité (article 8.2) – Prothèse auditive (hors entretien)	100 €
DIVERS	
- Allocation obsèques (article 24)	1 402 €
- Allocation orphelin (article 27)	170 € par année civile
- Prime Naissance (article 24)	76 €

* La mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du code de la Sécurité Sociale.

« Profil Jeune »

LIBELLE	Prestations Profil Jeune
Contraceptif oral	50 €/année civile
Substitut nicotinique	50 €/année civile
Allocation obsèques	520 €
Assistance spécifique Jeunes agents (article 29)	Oui

« Profil Famille »

LIBELLE	Prestations Profil Famille
Forfait aide à Domicile – en cas d'hospitalisation (articles 24 et 31)	Oui
Renfort Orthodontie (moins et plus de 16 ans)	35 % BR
Renfort Cures thermales	Forfait de 135 €/ année civile
Allocation obsèques	520 €
Prime inscription naissance ou adoption (article 24)	76 €
Allocation orphelin (annuelle) (article 27)	136 €
Participation cotisation contrat rente de survie (article 25)	OUI
Personne accompagnant un enfant de – de 16 ans (ou un handicapé)	27 €/jour – 12 jours maximum
Consultation auprès d'un diététicien	60 €/année civile
Contraceptif oral	50 €/année civile
Substitut nicotinique	50 €/année civile
Assistance spécifique Familles (article 29)	Oui

« Profil Sénior »

LIBELLE	Prestations Profil sénior
Forfait aide à Domicile – en cas d'hospitalisation (articles 24 et 31)	Oui
Forfait aide à Domicile en cas de traitement par chimiothérapie ou radiothérapie (article 24)	Oui
Renfort Cures thermales	Forfait de 135 €/ année civile
Participation au coût de mise en place de la télé-assistance (adhérents en GIR 1 à 4) (non renouvelable sauf en cas de déménagement) – Voir annexe III-4	Frais d'installation + 3 mois d'abonnement avec un maximum de 140 €
Aide pour l'achat de matériel favorisant le maintien à domicile (adhérent en GIR 1 à 4) – Voir annexe III-4	Forfait de 50 €/année civile
Ostéodensitométrie non prise en charge par la sécurité sociale	40 €/ 3 ans
Troubles de l'érection suite à traitement ou intervention (selon affections mentionnées en annexe III-5)	150 €/ année civile
Personne accompagnant un adulte de + de 70 ans (ou un handicapé)	27 €/jour – 12 jours maximum
Renfort Prothèses auditives	Forfait de 250€/ oreille
Renfort Appareillage	105% BR
Allocation obsèques (article 24)	520 €

ANNEXE III

MODALITES PARTICULIERES D'APPLICATION

1. **Chambre particulière – ambulatoire ou non (garanties EV, C1, C2 et C3 et CNSD):**

Les indemnités sont limitées à 120 jours en service médecine et à 90 jours en établissements pour séjour de longue durée en un ou plusieurs séjours par année civile.

La prestation de chambre particulière en établissements conventionnés s'applique exclusivement aux séjours des adhérents dans les établissements de santé qui ont adhéré au dispositif de conventionnement hospitalier de la Mutualité Française (Conventionnement Hospitalier Mutualiste) ou du conventionnement hospitalier de la Mutualité de la Fonction Publique (Règlement Fédéral Hospitalier). Par ailleurs, lorsque la prestation mentionne une prise en charge en intégralité du prix de la chambre particulière, celle-ci est limitée au prix négocié par l'établissement de santé dans le cadre de l'un des deux dispositifs de conventionnement hospitalier.

2. **Hospitalisation** : les règles s'appliquent sauf dispositions plus favorables prévues par convention entre la mutuelle et l'établissement d'hospitalisation. Frais de séjour chirurgie (garanties ES, EV, C1, C2, C3, CNSD et C+6) : lorsque le prix de journée facturé par l'établissement excède celui pris en considération par la CPAM, remboursement de la somme laissée à la charge de l'adhérent dans la limite de 20 % du tarif de responsabilité de la Caisse de Sécurité sociale du lieu de résidence.

3. **Honoraires médicaux et chirurgicaux** : dans le cas d'application d'un tarif d'autorité, le remboursement de la Mutuelle est calculé sur la base du tarif conventionnel en vigueur à la date des soins (garanties ES, EV, C1, C2, C3, CNSD, C+6)

4. **Définition GIR 1 à 4** : L'évaluation de la dépendance se mesure sur la base d'une grille nationale d'évaluation qui permet de répartir les degrés de la dépendance en plusieurs groupes, appelés GIR ("groupe iso ressource"). Cette grille fait office de référence dans le cadre de l'attribution de l'APA (aide personnalisée à l'autonomie) pour évaluer la perte d'autonomie. Seuls les quatre premiers GIR (de 1 à 4) de la grille nationale ouvrent droit à l'APA.

5. **Troubles de l'érection** : Les pathologies donnant droit à un remboursement des médicaments visant à traiter les troubles de l'érection sont la paraplégie et tétraplégie quelle qu'en soit l'origine, les traumatismes du bassin compliqués de troubles urinaires, les séquelles de la chirurgie (anévrisme de l'aorte, prostatectomie radicale, cystectomie totale et exérèse colorectale) ou de la radiothérapie abdomino-pelvienne, les séquelles du priapisme, la neuropathie diabétique avérée, la sclérose en plaques.

6. **Optique** : Les verres sont classés, selon la codification Sécurité Sociale, en trois catégories :

- Verres simples : 2261874 – 2200393 – 2242457 – 2270413 – 2203240 – 2259966 – 2287916 – 2226412
- Verres moyens : 2243540 – 2243304 – 2273854 – 2283953 – 2238941 – 2245036 – 2259245 – 2240671 – 2297441 – 2291088 – 2248320 – 2219381 – 2268385 – 2206800 – 2264045 – 2282221 – 2282793 – 2280660 – 2235776 – 2284527 – 2212976 – 2288519 – 2290396 – 2227038 – 2263459 – 2265330 – 2295896 – 2254868 – 2252668 – 2299523 – 2291183 – 2299180.
- Verres complexes : 2234239 – 2259660 – 2202239 – 2252042 – 2251545 – 2245384 – 2295198 – 2238792 – 2202452

- Les garanties Optique du règlement mutualiste prévoient une prise en charge limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans.

Cette période est fixe et ne peut donc être ni réduite ni allongée. Elle s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique précédent.

Dérogations :

- La période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.
- Pour les adhérents présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties optiques du règlement peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits.
- Le montant maximum alloué à la monture est de 150 €
- Prismes pris en charge par la mutuelle:
 - Prisme souple < 6 ans (code LPP 2 227 920)
 - Prisme incorporé < 18 ans (code LPP 2 287 862)
 - Prisme incorporé > 18 ans (code LPP 2 247 905)

7. **Participation forfaitaire et franchise médicale :**

Participation forfaitaire : en application de l'article L. 322-2 II du Code de la sécurité sociale, une participation forfaitaire est laissée à la charge du membre participant ou du bénéficiaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré acquitte également cette participation pour tout acte de biologie médicale. Au 1^{er} janvier 2011, son montant est de 1 €. Cette participation forfaitaire n'est pas prise en charge par la mutuelle.

Franchise médicale : en application de l'article L. 322-2 III du Code de la sécurité sociale, depuis le 1^{er} janvier 2008, des franchises médicales sont supportées par les assurés sociaux ; elles portent sur les boîtes de médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports. Ces franchises médicales ne sont pas prises en charge par la mutuelle.

8. **Parcours de soins coordonnés :** Le décret sur les contrats responsables impose aux mutuelles de ne pas prendre en charge la totalité du coût restant à la charge du patient lorsque celui-ci n'a pas consulté en première intention son médecin traitant. Les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés. Peuvent être consultés directement les gynécologues, les ophtalmologues, les psychiatres.

9. **Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, homéopathie**

Conditions d'indemnisation de la prestation :

- Pour les Ostéopathes et Chiropracteurs : être inscrits sur le répertoire ADELI des Agences Régionales de Santé (ARS).
 - Pour les Acupuncteurs et Homéopathes : être inscrits comme médecins conventionnés sur le répertoire ADELI des Agences Régionales de Santé (ARS).
 - Pour les Etiopathes : être inscrits au Registre National des Etiopathes.
10. **Appareillages hors dentaire :** les prestations incluent la prise en charge du ticket modérateur.
11. **Le forfait journalier** prévu par l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale est remboursé sans limitation par la mutuelle lorsqu'il est dû par l'assuré en cas d'hospitalisation au sein d'un établissement hospitalier (médecine, chirurgie). En revanche, ce forfait n'est pas remboursé en cas d'admission dans un établissement médico-social visé par l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

ANNEXE IV

PIECES A FOURNIR POUR LE PAIEMENT DES PRESTATIONS

En cas de :	Si vous bénéficiez de l'Echange de Données Informatisées et que vous avez réglé la totalité des frais (*)	Si vous ne bénéficiez pas de l'Echange de Données Informatisées et que vous avez réglé la totalité des frais (*)
Si vous avez réglé uniquement la part mutuelle (ticket modérateur) et/ou un dépassement d'honoraires : joindre la facture originale apposée du cachet du praticien, indiquant le montant réglé par vos soins.		
SOINS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX	Vous n'avez rien à envoyer	Décompte de la Sécurité sociale
SOINS DENTAIRES ET PROTHESES	Vous n'avez rien à envoyer	Décompte de la Sécurité sociale
IMPLANTS DENTAIRES PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE	Vous n'avez rien à envoyer	Facture originale apposée du cachet du praticien précisant le(s) numéro(s) des dents concernées et le décompte de la Sécurité sociale
IMPLANTS DENTAIRES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE	Facture originale apposée du cachet du praticien précisant le(s) numéro(s) des dents concernées.	
ORTHODONTIE -16 ans	Vous n'avez rien à envoyer	Décompte de la Sécurité sociale
ORTHODONTIE +16 ans	Facture originale apposée du cachet du praticien précisant la cotation des actes + la date de début et de fin de traitement/semestre	
LUNETTES, LENTILLES ACCEPTEES PAR LA SECURITE SOCIALE	Vous n'avez rien à envoyer	Décompte de la Sécurité sociale
DEROGATION LUNETTES VARIATION ACUIE VISUELLE	<ul style="list-style-type: none"> - La prescription mentionnant impérativement la correction. Si la correction a été adaptée par l'opticien, fournir la prescription initiale sur laquelle l'opticien mentionne la nouvelle correction. - La facture. 	
LENTILLES REFUSEES PAR LA SECURITE SOCIALE	La prescription ainsi que la facture originale précisant la mention hors T.I.P.S	
APPAREILLAGE	Vous n'avez rien à envoyer	Décompte de la Sécurité sociale
FAUTEUILS ROULANTS	Vous n'avez rien à envoyer	Facture originale apposée du cachet du praticien + décompte de la sécurité sociale
HOSPITALISATION	FRAIS DE SEJOUR / HONORAIRES : Original du bordereau d'hospitalisation accompagné de la facture originale apposée du cachet de l'établissement, si le paiement a été effectué directement au secrétariat du praticien. FRAIS DE PERSONNES ACCOMPAGNANTES : Les factures originales des frais engagés (voir C de l'article.24)	
INDEMNISATION FORFAITAIRE HOSPITALISATION POUR LES MEMBRES PARTICIPANTS DES DOM (voir D de l'article.24)	Envoi sous pli confidentiel au médecin conseil de la MNT du conseil médical du médecin traitant, précisant la nature de l'affection nécessitant ce séjour HORS département avec sa durée En cas d'avis favorable du médecin conseil de la MNT : Envoi du bulletin de situation délivré par l'établissement pour paiement de la prestation	
CURE THERMALE PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE	Vous n'avez rien à envoyer	Décompte de la Sécurité sociale
VACCIN ANTI GRIPPE	Facture originale apposée du cachet du praticien indiquant le montant payé	
CONTRACEPTIF	Facture originale apposée du cachet du praticien indiquant le montant payé	
EXAMEN D'OSTEODENSITOMETRIE PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE	Vous n'avez rien à envoyer	Décompte de la Sécurité sociale
EXAMEN D'OSTEODENSITOMETRIE NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE	Facture originale apposée du cachet du praticien précisant la notion Hors Nomenclature pour les frais engagés	
CHIRURGIE REFRACTIVE	Facture originale apposée du cachet du praticien indiquant le montant payé	
PRIME INSCRIPTION NAISSANCE	Acte de naissance ou photocopie du livret de famille	
ALLOCATIONS OBSEQUES	<ul style="list-style-type: none"> - Facture originale des frais d'obsèques. * si les obsèques ont été réglées par le défunt de son vivant, l'allocation sera versée directement sur le 	

	<p>compte bancaire du défunt ou de celui du notaire en charge de la succession.</p> <p>A défaut, de cette possibilité, l'héritier demandeur de la prestation devra également joindre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un acte de naissance avec filiation datant de moins de trois mois, - une déclaration sur l'honneur de la qualité d'héritier pour percevoir l'allocation obsèques.
ALLOCATION ORPHELINS	Copie du livret de famille
SECOURS EXCEPTIONNEL	Dossier spécifique
PARTICIPATION COTISATION RENTE DE SURVIE	Dossier spécifique
CAUTION IMMOBILIERE	Dossier spécifique
TROUBLE DE L'ERECTION	<p>Envoi au médecin conseil de la MNT sous pli confidentiel, d'un rapport médical précisant la nature de l'affection nécessitant ce traitement.</p> <p>Joindre l'original de la facture des frais engagés</p>
ACTE D'OSTEOPATHIE, CHIROPRACTIE, ETHIOPATHIE, ACUNPUNCTURE, HOMEOPATHIE	<ul style="list-style-type: none"> - Facture originale acquittée précisant la nature et la date de l'acte ainsi que le bénéficiaire des soins. - Si nécessaire, le justificatif autorisant le praticien à faire usage professionnel du titre enregistré dans son département. Pour les Etiopathes : un justificatif d'inscription au registre national des étioopathes.
CONSULTATION AUPRES D'UN DIETETICIEN	Original de la facture précisant la nature de l'acte
TELE ASSISTANCE	Facture originale apposée du cachet du praticien + Notification de GIR
ACHAT MATERIEL MAINTIEN A DOMICILE	Facture originale apposée du cachet du praticien + Notification de GIR
SUBSTITUTS NICOTINIQUES	Facture originale apposée du cachet du pharmacien + la copie de l'ordonnance datant de moins de 2 mois antérieur à la date de la facture ou décompte de la Sécurité sociale
CONSULTATION VISITE MEDICALE SPORTIVE	Original de la facture précisant la nature de l'acte

(*) : La notion d'échanges de données informatisées doit être vérifiée par le membre participant sur chaque décompte de Sécurité sociale.

Annexe V

Barème minoration de solidarité – Année 2017

Pour la métropole :

Composition Familiale (1)	Pourcentage de réduction	Plafond de revenus annuels bruts (2)
1 personne	10%	13 811
	20%	12 811
2 personnes	10%	17 861
	20%	16 407
3 personnes	10%	21 278
	20%	19 164
4 personnes	10%	24 826
	20%	22 341
5 personnes Et plus	10%	29 551
	20%	26 992

Composition familiale(1)	Pourcentage de réduction	Plafond de revenus annuels bruts (2)
Monoparentale (3) 1 enfant à charge	10%	18 756
	20%	17 229
Monoparentale 2 enfants à charge	10%	22 344
	20%	19 999
Monoparentale 3 enfants et plus à charge	10%	26 069
	20%	23 315

Pour les DOM :

Composition Familiale (1)	Pourcentage de réduction	Plafond de revenus annuels bruts (2)
1 personne	10%	15 368
	20%	14 330
2 personnes	10%	19 835
	20%	18 276
3 personnes	10%	23 846
	20%	21 388
4 personnes	10%	27 900
	20%	24 882
5 personnes Et plus	10%	33 076
	20%	30 397

Composition familiale(1)	Pourcentage de réduction	Plafond de revenus annuels bruts (2)
Monoparentale (3) 1 enfant à charge	10%	20 876
	20%	19 073
Monoparentale 2 enfants à charge	10%	24 869
	20%	22 321
Monoparentale 3 enfants et plus à charge	10%	29 015
	20%	25 967

Les barèmes donnant droit à minoration de cotisation sont revalorisés chaque année

(1) Il s'agit du nombre de personnes vivant au foyer et présentes sur l'avis d'imposition (les parents, les enfants ou ascendants à charge).

(2) Le montant annuel brut correspond à la somme des revenus suivants :

- Traitement, salaires et assimilés,
- Autres revenus salariaux,
- Pensions, retraites, rentes,
- Pensions alimentaires perçues (les pensions alimentaires versées sont à déduire des revenus)
- Revenus agricoles
- Revenus professionnels (BIC, BNC)
- Revenus de capitaux mobiliers, fonciers et financiers
- Revenus viagers

(3) Une famille monoparentale comprend un parent isolé et un ou plusieurs enfants célibataires (n'ayant pas d'enfant).

Annexe VI

Participation accordée sur les primes du contrat « rente de survie » de la CNP

GROUPE 1

Si l'assuré est âgé de moins de 45 ans à l'adhésion ou au 1^{er} janvier de l'année de renouvellement

Rente annuelle servie par la CNP	Participation accordée par trimestre
457,35 €	14,29€
914,69 €	17,15 €
1 372,04 €	19,30 €
1 829,39 €	22,87 €

GROUPE 2

Si l'assuré est âgé de 45 ans et plus et de moins de 60 ans à l'adhésion ou au 1^{er} janvier de l'année de renouvellement

Rente annuelle servie par la CNP	Participation accordée par trimestre
457,35 €	19,15 €
914,69 €	22,98 €
1 372,04 €	25,85 €
1 829,39 €	30,64 €

GROUPE 3

Si l'assuré est âgé de 60 ans et plus

Rente annuelle servie par la CNP	Participation accordée par trimestre
457,35 €	44,02 €
914,69 €	52,82 €
1 372,04 €	59,43 €
1 829,39 €	70,43 €

Annexe VII

GARANTIE PERTE D'AUTONOMIE

La garantie Perte d'autonomie a pour objet de garantir aux membres participants et à leurs ayants droits le versement d'une rente mensuelle, temporaire ou viagère à la suite d'une perte d'autonomie définie aux articles 7, 8 et 9 de la présente annexe.

La Garantie Perte d'Autonomie est composée des garanties suivantes :

- La garantie spécifique pour tout sinistre survenu avant le 20ème anniversaire du membre participant ou de ses ayants droit,
- La garantie perte définitive d'autonomie pour les sinistres survenus entre le 20ème et le 60ème anniversaire du membre participant ou de ses ayants droit,
- La garantie dépendance totale pour les sinistres survenus à compter du 60ème anniversaire du membre participant ou de l'ayant droit,
- La garantie premières dépenses.

Article 1 – Prise d'effet des garanties

Les garanties entrent en vigueur pour le membre participant et ses ayants droit :

- au plus tôt au 1^{er} janvier 2017,
- à compter de la date d'adhésion du membre participant au présent règlement postérieurement au 1^{er} janvier 2017,
- à compter de la date d'affiliation de chaque ayant droit au présent règlement postérieurement au 1^{er} janvier 2017.

Elles s'appliquent pour un fait générateur survenu à compter de ces dates. Tout état de perte d'autonomie, conforme aux conditions et définitions des articles 7.1, 7.2, 8.1, 8.2, 9.1 et 9.2 de la présente annexe, qui survient avant l'entrée en vigueur de la garantie ou avant la date de l'adhésion du membre participant ou de l'affiliation de l'un des ayants droit ne donnera lieu à aucune indemnisation.

Article 2 - Mise en œuvre des garanties

Les garanties sont mises en œuvre à l'initiative du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant qui présente à l'appui de sa demande, les justificatifs nécessaires conformément aux articles 7.3, 8.3, 9.3 et 10.2 de la présente annexe.

La MNT peut réserver sa décision dans l'attente du rapport de la visite médicale passée par le membre participant ou l'ayant droit le cas échéant à la demande de la MNT auprès d'un médecin mandaté par cette dernière et à ses frais, afin de vérifier que le membre participant ou l'ayant droit est bien en état de dépendance au sens contractuel.

Si le membre participant ou l'ayant droit refuse de transmettre les pièces nécessaires à la constitution de son dossier ou de se soumettre au contrôle médical demandé, la MNT ne pourra pas donner suite à la demande de garantie. Si la décision de la MNT est contestée par le membre participant ou l'ayant droit, une procédure de conciliation peut être demandée par le membre participant ou l'ayant droit selon les modalités prévues à l'article 5.2 de la présente annexe.

Au cours du paiement de la prestation, la MNT se réserve également la possibilité de vérifier le maintien de l'état de dépendance totale du membre participant ou de l'ayant droit et effectuer le cas échéant un contrôle par un médecin de son choix. **En cas de refus de la part du membre participant ou de l'ayant droit, le cas échéant, le paiement de la prestation est suspendu.**

Les certificats médicaux et les informations personnelles de santé peuvent être adressés par le membre participant ou l'ayant droit avec toutes les références de son contrat, au médecin conseil de la MNT, 7 rue Bergère – 75311 PARIS Cedex 09.

Les garanties sont mentionnées aux articles :

- 7 : Garantie spécifique pour tout sinistre survenu avant le 20ème anniversaire du membre participant ou de ses ayants droit,
- 8 : Garantie perte définitive d'autonomie pour les sinistres survenus entre le 20ème et le 60ème anniversaire du membre participant ou de ses ayants droit,
- 9 : Garantie dépendance totale pour les sinistres survenus à compter du 60ème anniversaire du membre participant ou de ses ayants droit,
- 10 : Garantie premières dépenses.

TITRE II – DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES DE LA PRÉSENTE ANNEXE

Article 3 – Risques exclus

Sont exclus de la garantie d'assurance, les conséquences :

- de faits intentionnellement causés ou provoqués par le membre participant ou l'ayant droit le cas échéant, de tentative de suicide,
- d'usage de stupéfiant sans prescription médicale,

- d'un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu à l'article L. 234-1 du code de la route et relevant des délits et les complications physiques ou neuro-psychiatriques d'abus chroniques de consommation de boissons alcoolisées,
- de guerre civile ou étrangère, d'émeute, d'insurrection, d'attentat, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que le membre participant ou l'ayant droit le cas échéant, y prend une part active,
- des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atomes,
- de la pratique de toutes compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur et de tous sports aériens sur appareils non homologués,
- de la pratique d'un sport exercé à titre professionnel.

Tout état de perte d'autonomie du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant, conformément aux articles 7.1, 8.1, 9.1 et 10.1 de la présente annexe, qui survient avant la date de prise d'effet au présent règlement ou de son adhésion ou de son affiliation ne donnera lieu à aucune indemnisation.

Article 4 - Subrogation de la mutuelle

La Mutuelle Nationale Territoriale est subrogée de plein droit au membre participant ou son ayant droit le cas échéant, victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable et dans la limite des prestations versées.

Article 5 - Procédure de contestation - conciliation - tierce expertise

Article 5.1 - Contestation

La MNT notifie sa décision au membre participant ou à l'ayant droit le cas échéant, à partir des justificatifs qui lui sont présentés et, le cas échéant, de l'appréciation de la perte d'autonomie par le médecin conseil de la MNT.

En cas de désaccord, le membre participant ou l'ayant droit le cas échéant, fait parvenir dans un délai de trois mois, un certificat médical justifiant sa réclamation. La MNT et son médecin conseil motivent la décision ou lui propose un examen médical de contrôle auprès d'un médecin désigné par la MNT.

Le membre participant ou l'ayant droit le cas échéant, qui conteste la nouvelle décision notifiée par la MNT peut lui faire parvenir dans un délai de trois mois une lettre demandant expressément la révision de son dossier, accompagnée d'un certificat médical détaillé, précisant qu'il s'engage à avancer les honoraires du tiers expert.

Article 5.2 - Conciliation

Le médecin que le membre participant ou l'ayant droit le cas échéant, a désigné pour le représenter dans le cadre de la conciliation et le médecin conseil de la MNT recherchent une position commune relative à l'état de santé du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant. L'accord éventuel des parties est formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord.

Si cet accord n'est pas obtenu, la procédure de tierce expertise décrite ci-après est mise en œuvre.

Article 5.3 - Tierce expertise

La MNT invite son médecin conseil et le médecin du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant, à désigner un troisième médecin, choisi, si possible, parmi les médecins exerçant la médecine d'assurance ou experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties dans le cadre de la procédure de conciliation, sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième médecin sont à la charge de la partie perdante, le membre participant ou l'ayant droit le cas échéant, en faisant l'avance.

Article 6 – Revalorisation des prestations

L'Assemblée Générale de la Mutuelle Nationale Territoriale définit le taux de revalorisation des rentes au 1^{er} juillet de chaque année en fonction des résultats annuels des garanties assurées par la Mutuelle Nationale Territoriale. La revalorisation s'effectuera dans la limite de l'évolution de l'indice 100 majoré de la Fonction Publique constatée au cours des 12 derniers mois.

TITRE III – LES GARANTIES

Article 7 – Garantie spécifique pour tout sinistre survenu avant le 20^{ème} anniversaire du membre participant ou de ses ayants droit

Article 7.1 - Objet et conditions de la garantie

La garantie a pour objet de verser, dans les conditions définies ci-après, au membre participant ou à l'ayant droit le cas échéant qui est en état de perte d'autonomie, une rente temporaire mensuelle. Cette garantie spécifique est mise en œuvre dès lors que, avant son 20^{ème} anniversaire, l'état de santé du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant, entraîne cumulativement :

- le bénéfice d'une des prestations suivantes : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou Prestation de compensation du handicap (PCH) ;
- une modification de la situation financière, par le recours à une tierce personne ou par la cessation totale de l'activité professionnelle, du membre participant ou de l'ayant droit.

Article 7.2 - Prestations

Le montant de la prestation est fixé à l'article 11 de la présente annexe.

Le membre participant ou l'ayant droit le cas échéant peut bénéficier d'une prise en charge sur présentation de justificatifs, conformément aux pièces demandées à l'article 7.3 de la présente annexe, jusqu'à la veille de son vingtième anniversaire.

La rente temporaire cesse d'être due :

- au jour de la date de cessation de l'état de perte d'autonomie, que cet état soit constaté par des pièces médicales et/ou à la suite d'un contrôle médical,

En tout état de cause, la rente temporaire cesse d'être due :

- au jour où les justificatifs médicaux ou administratifs cessent d'être adressés à la MNT, mais peut reprendre pour les périodes suspendues dès lors que ces justificatifs sont adressés à la MNT,
- temporairement si le membre participant ou l'ayant droit le cas échéant ne donne pas suite à la demande de contrôle médical initiée par la MNT,
- au jour du décès du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant,
- et au plus tard au 20^{ème} anniversaire du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant.

A compter du 20^{ème} anniversaire, le membre participant ou l'ayant droit le cas échéant préalablement pris en charge au titre de la présente garantie, peut relever de la garantie « Perte définitive d'autonomie pour les sinistres survenus entre le 20ème et le 60ème anniversaire du membre participant ou de ses ayants droit », dès lors qu'il répond aux conditions de cette garantie et qu'il fournit les justificatifs prévus à l'article 8.3 de la présente annexe. Dans ce cas, le délai de franchise indiqué à l'article 8.2 de la présente annexe ne s'applique pas ; et la garantie « Premières dépenses » ne peut pas être mise en œuvre.

En cas de déclaration tardive du décès du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant, la MNT se réserve la possibilité de réclamer le remboursement des prestations indûment versées.

La rente est versée mensuellement à terme échu, à partir de la date de reconnaissance par la MNT de l'état de perte d'autonomie.

A défaut de justificatifs, le paiement de la rente sera suspendu. Le versement des prestations reprendra dès réception des documents demandés pour les périodes concernées. Les montants suspendus seront alors reversés dans un délai de 30 jours, sans dommages ni intérêts.

Si le décès du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant intervient en cours de mois, la rente est due en totalité.

Article 7.3 - Formalités en cas de sinistre

Les sinistres doivent être déclarés au moyen d'un dossier de demande de prestations transmis à cet effet par la MNT sur demande de l'intéressé. **Seul un dossier complet fait l'objet d'une instruction.**

La demande de prestation doit être adressée à la MNT dans un délai de 12 mois à compter de la date d'attribution, soit de l'AEEH, soit de la PCH.

Le dossier de demande de prestations doit comprendre :

- une AEEH ou PCH, datant de moins de 2 ans,
- un certificat de vie du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant à renvoyer également annuellement,
- une copie de l'avis d'imposition du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant à renvoyer également annuellement, et le cas échéant du représentant légal, à renvoyer également annuellement.

En outre, les pièces suivantes doivent être adressées :

- le formulaire de demande de prestations signé du bénéficiaire de la garantie ou de son représentant légal,
- le cas échéant, en cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans un établissement : une attestation d'hébergement en unité de long séjour ou dans une section de cure médicale, bulletin de situation, certificat d'admission, attestation de présence, contrat d'hébergement, certificat de séjour, factures de frais de séjour,
- le cas échéant, en cas de maintien à domicile : un certificat médical justifiant de soins médicaux à domicile, accompagné le cas échéant de justificatifs d'emploi d'une tierce personne, (notamment : avis de recouvrement URSSAF, attestation de la mairie ou d'un service social ou d'une association, bulletins de salaire, contrat de travail, factures avec décomptes des heures effectuées à domicile, copies des chèques emplois-services...),
- tout document justifiant la cessation totale de l'activité professionnelle, du membre participant ou de son conjoint/partenaire/concubin,
- une attestation médicale de perte d'autonomie, complétée par le membre participant ou l'ayant droit le cas échéant et son médecin à partir d'un document fourni par la MNT, pouvant être adressée sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de la MNT (selon les coordonnées indiquées à l'article 2 de la présente annexe),
- un relevé d'identité bancaire du bénéficiaire, sous réserve des exceptions prévues aux articles 427 et 498 du Code civil,
- une photocopie de la pièce d'identité du ou des bénéficiaire(s) et, le cas échéant, de celle de son (ses) représentant(s),
- dans le cadre d'une mesure de protection, le jugement de tutelle en cas de mise sous tutelle du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant, et toutes autres pièces justifiant la qualité du représentant.

Ainsi, la MNT peut indiquer au membre participant ou à l'ayant droit le cas échéant ou au(x) représentant(s), des pièces justificatives complémentaires à fournir, et ce afin d'étayer la demande de prise en charge conformément à l'article 1315 du Code civil. Le versement d'une ou des prestations est subordonné à la complétude du dossier. Les pièces justificatives nécessaires à l'étude du dossier n'engagent pas la MNT sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

La continuité du versement de la rente est subordonnée à la production d'un certificat de vie du bénéficiaire au 1^{er} janvier de chaque année (déclaration sur l'honneur valant certificat de vie).

Les rentes versées au titre de la « garantie spécifique pour tout sinistre survenu avant le 20ème anniversaire du membre participant ou de ses ayants droit » sont complétées par une garantie « premières dépenses », telle que prévue à l'article 10 de la présente annexe, versée sous forme d'un montant unique forfaitaire.

Article 8 – Garantie perte définitive d'autonomie pour les sinistres survenus entre le 20ème et le 60ème anniversaire du membre participant ou de ses ayants droit

Article 8.1 - Objet et conditions de la garantie

La garantie a pour objet de verser, dans les conditions définies ci-après, une rente temporaire mensuelle dès lors que la perte d'autonomie survient entre le 20^{ème} et le 60^{ème} anniversaire du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant.

Le membre participant ou l'ayant droit est reconnu par la MNT, en état de perte définitive d'autonomie, lorsque l'état de santé est stabilisé (non susceptible d'amélioration) en cours de contrat et s'il se trouve :

- soit à la suite d'un déficit fonctionnel ou physique, dans l'impossibilité totale physique d'effectuer seul au moins 5 des *6 Actes de la Vie Quotidienne (AVQ)**,
- soit en raison de troubles cognitifs avec nécessité d'une incitation ou d'une stimulation, dans l'impossibilité de réaliser au moins 5 des *6 Actes de la Vie Quotidienne (AVQ)**, avec un score inférieur à 15/20 à au moins deux tests récents d'un « Mini Mental State Examination » de Folstein.

* *6 Actes de la Vie Quotidienne (AVQ) :*

- la toilette : capacité de se laver pour satisfaire un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles.
- l'habillement : capacité de s'habiller et de se déshabiller.
- l'alimentation : capacité de manger de la nourriture préparée et mise à disposition.
- la continence : capacité d'assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et anale y compris en utilisant des protections ou des appareils chirurgicaux.
- le déplacement : capacité de se déplacer sur une surface plane à l'intérieur du logement ou de quitter son lieu de vie en cas de danger.
- les transferts : capacité de passer du lit à une chaise ou un fauteuil et inversement.

Le membre participant ou l'ayant droit le cas échéant doit également, pour être reconnu en état de perte définitive d'autonomie, se trouver dans l'une des situations suivantes :

- être hébergé en section de cure médicale ou dans un établissement destiné à l'accueil des personnes âgées,
- être hospitalisé en unité de long séjour,
- bénéficier à la fois des services de soins médicaux à domicile et de l'assistance d'une tierce personne (rémunérée ou non), justifiés par certificat médical.

La MNT n'est pas liée par les éventuelles décisions des services publics pour déterminer l'état et le degré de perte définitive d'autonomie du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant.

Article 8.2 - Prestations

Le montant de la prestation est fixé à l'article 11 de la présente annexe.

La rente temporaire est versée mensuellement à terme échu à l'issue d'un délai de franchise de 90 jours décompté à partir de la date de reconnaissance par la MNT de l'état de perte définitive d'autonomie.

Par dérogations aux présentes dispositions, le délai de franchise ne s'applique pas dans le cas où le membre participant ou l'ayant droit le cas échéant a déjà fait l'objet d'une prise en charge au titre de la « Garantie spécifique pour tout sinistre survenu avant le 20^{ème} anniversaire du membre participant ou de ses ayants droit ».

Il en est de même en cas d'accident, le délai de franchise prévu ci-dessus n'est pas appliqué, les prestations sont dès lors dues dès la date de reconnaissance de l'état de perte d'autonomie.

La rente temporaire cesse d'être due :

- **au jour de la date de cessation de l'état de perte définitive d'autonomie, que cet état soit constaté par des pièces médicales et/ou à la suite d'un contrôle médical,**

En tout état de cause, la rente temporaire cesse d'être due :

- **au jour où les justificatifs médicaux ou administratifs cessent d'être adressés à la MNT, mais peut reprendre pour les périodes suspendues dès lors que ces justificatifs sont adressés à la MNT,**
- **temporairement si le membre participant ou l'ayant droit le cas échéant ne donne pas suite à la demande de contrôle médical initiée par la MNT,**
- **au jour du décès du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant,**
- **et au plus tard au 60^{ème} anniversaire du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant.**

A compter du 60^{ème} anniversaire du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant préalablement pris en charge au titre de la présente garantie, peut relever de la garantie «Dépendance totale pour les sinistres survenus à compter du 60^{ème} anniversaire du membre participant ou de ses ayants droit», dès lors qu'il répond aux conditions de cette garantie et qu'il fournit les justificatifs prévus à l'article 9.3 de la présente annexe. Dans ce cas, le délai de franchise indiqué à l'article 9.2 de la présente annexe ne s'applique pas et la garantie « Premières dépenses » ne peut pas être mise en œuvre.

En cas de déclaration tardive du décès du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant, la MNT se réserve la possibilité de réclamer le remboursement des prestations indûment versées.

A défaut de justificatifs, le paiement de la rente temporaire est suspendu. Le versement des prestations reprendra dès réception des documents demandés pour les périodes concernées. Les montants suspendus seront alors reversés dans un délai de 30 jours, sans dommages ni intérêts.

Si le décès du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant intervient en cours de mois, la rente temporaire est due en totalité.

Article 8.3 - Formalités en cas de sinistre

Les sinistres doivent être déclarés au moyen d'un dossier de demande de prestations transmis à cet effet par la MNT sur demande de l'intéressé. **Seul un dossier complet fait l'objet d'une instruction.**

La demande doit être formulée auprès de la MNT dans un délai de 12 mois à compter de la survenance du sinistre.

La demande de prestation doit être adressée à la MNT :

- le formulaire de demande de prestations signé du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant de la garantie ou de son représentant légal,

- un titre de pension dans le cadre de l'assurance invalidité de la Sécurité sociale par classement en 3^{ème} catégorie ou une notification de rente d'incapacité permanente dans le cadre de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles avec un taux d'incapacité égal à 100 %, les justificatifs de versements seront demandés annuellement,
- la notification d'une majoration pour tierce personne,
- le cas échéant, en cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans un établissement : une attestation d'hébergement en unité de long séjour ou dans une section de cure médicale, bulletin de situation, certificat d'admission, attestation de présence, contrat d'hébergement, certificat de séjour, factures de frais de séjour,
- le cas échéant, en cas de maintien à domicile : un certificat médical justifiant de soins médicaux à domicile, accompagné le cas échéant de justificatifs d'emploi d'une tierce personne, (notamment : avis de recouvrement URSSAF, attestation de la mairie ou d'un service social ou d'une association, bulletins de salaire, contrat de travail, factures avec décomptes des heures effectuées à domicile, copies des chèques emplois-services...),
- une attestation médicale de perte d'autonomie, complétée par le membre participant ou l'ayant droit le cas échéant et son médecin à partir d'un document fourni par la MNT, pouvant être adressée sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de la MNT (selon les coordonnées indiquées à l'article 2 de la présente annexe),
- un relevé d'identité bancaire du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant, sous réserve des exceptions prévues aux articles 427 et 498 du Code civil,
- une photocopie de la pièce d'identité du membre participant ou de l'ayant droit, le cas échéant, de celle de son (ses) représentant(s),
- dans le cadre d'une mesure de protection, le jugement de tutelle en cas de mise sous tutelle du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant, et toutes autres pièces justifiant la qualité du représentant,

En cas de perte définitive d'autonomie consécutive à un accident :

- tout document justifiant de la nature de l'accident et de son lien de cause à effet avec l'état de dépendance totale : coupure de presse, rapport de police, témoignages.

Ainsi, la MNT peut indiquer au membre participant ou à l'ayant droit ou au(x) représentant(s), des pièces justificatives complémentaires à fournir, et ce afin d'étayer la demande de prise en charge conformément à l'article 1315 du Code civil. Le versement d'une ou des prestations est subordonné à la complétude du dossier. Les pièces justificatives nécessaires à l'étude du dossier n'engagent pas la MNT sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

La continuité du versement de la rente est subordonnée à la production d'un certificat de vie du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant au 1^{er} janvier de chaque année (déclaration sur l'honneur valant certificat de vie).

Les rentes versées au titre de la garantie « perte définitive d'autonomie pour les sinistres survenus entre le 20^{ème} et le 60^{ème} anniversaire du membre participant ou de ses ayants droit », sont complétées par une garantie « premières dépenses », telle que prévue à l'article 10 de la présente annexe, versée sous forme d'un montant unique forfaitaire, sous réserve que la MNT n'ait pas déjà versé ce capital - en cours de vie du présent règlement - pour le même **membre participant ou ayant droit le cas échéant**.

Article 9 – Garantie dépendance totale pour les sinistres survenus à compter du 60^{ème} anniversaire du membre participant ou de ses ayants droit

Article 9.1 - Objet et conditions de la garantie

La garantie dépendance totale a pour objet de verser, dans les conditions définies ci-après, au membre participant ou à l'ayant droit le cas échéant à compter de son 60^{ème} anniversaire et reconnu en état de dépendance totale, une rente viagère mensuelle.

Le membre participant ou l'ayant droit le cas échéant est considéré en état de dépendance totale lorsque son état de santé est consolidé (non susceptible d'amélioration) et classé dans l'un des groupes iso-ressources 1 ou 2 en application de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources décrite en annexe I et II du décret n°2008-821 du 21 août 2008) en vigueur au jour de la prise d'effet du présent Règlement Mutualiste labellisé Offre santé de la MNT.

La date du classement en GIR 1 ou 2 dans le cadre de l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) constitue le fait générateur de la rente de dépendance totale.

En cas d'aggravation de l'état de dépendance et de passage de GIR 2 en GIR 1 (pour la même affection), le fait générateur retenu reste celui du passage en GIR 2.

L'état de dépendance totale est apprécié à partir des groupes iso-ressources (GIR) ci-après :

Le groupe GIR 1 correspondant aux personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le groupe GIR 2 correspondant aux personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ainsi que les personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leur capacité de se déplacer.

La MNT n'est pas liée par les éventuelles décisions des services publics pour déterminer l'état et le degré de dépendance du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant.

Article 9.2 - Prestations

Le montant de la prestation est fixé à l'article 11 de la présente annexe.

La rente viagère est versée mensuellement à terme échu à l'issue d'un délai de franchise de 90 jours décompté à partir de la date de reconnaissance par la MNT de l'état de dépendance totale.

Par dérogations aux présentes dispositions, le délai de franchise ne s'applique pas dans le cas où le membre participant ou l'ayant droit le cas échéant a déjà fait l'objet d'une prise en charge dans le cadre de la garantie « Perte définitive d'autonomie pour les sinistres survenus entre le 20^{ème} et le 60^{ème} anniversaire du membre participant ou de ses ayants droit ».

Il est en de même en cas d'accident, le délai de franchise prévu ci-dessus n'est pas appliqué, les prestations sont dès lors dues dès la date de reconnaissance de l'état de perte d'autonomie

Les prestations sont dues à l'issue d'un délai de franchise de 90 jours, décompté à partir de la date de reconnaissance de l'état de dépendance totale déterminée par le médecin conseil de la MNT.

La MNT se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant, pour évaluer son état de santé afin de redéfinir le droit à prestations conformément aux critères de la présente annexe.

La rente cesse d'être due :

- **au jour de la date de cessation de l'état de dépendance totale, que cet état soit constaté par des pièces médicales et/ou à la suite d'un contrôle médical,**

En tout état de cause la rente cesse d'être due :

- **au jour où les justificatifs médicaux ou administratifs cessent d'être adressés à la MNT, mais peut reprendre pour les périodes suspendues dès lors que ces justificatifs sont adressés à la MNT,**
- **temporairement si le membre participant ou l'ayant droit le cas échéant ne donne pas suite à la demande de contrôle médical initié par la MNT,**
- **au jour du décès du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant.**

En cas de déclaration tardive du décès du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant, la MNT se réserve la possibilité de réclamer le remboursement des prestations indûment versées.

Le membre participant ou l'ayant droit le cas échéant, bénéficiaire de la rente viagère doit informer la MNT de sa propre initiative de tout changement concernant son classement en GIR dans un délai de 30 jours.

Le membre participant ou l'ayant droit le cas échéant doit fournir chaque année un certificat médical précisant son état civil et son état de dépendance relevant du classement GIR 1 ou 2.

Les prestations sont versées aussi longtemps que le membre participant ou l'ayant droit le cas échéant est vivant et reconnu en état de dépendance totale.

A défaut de justificatifs, le paiement de la rente viagère est suspendu. Le versement des prestations reprendra dès réception des documents demandés pour les périodes concernées. Les montants suspendus seront alors reversés dans un délai de 30 jours, sans dommages ni intérêts.

Si le décès du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant intervient en cours de mois, la rente viagère est due en totalité.

Article 9.3 - Formalités en cas de sinistre

Les sinistres doivent être déclarés au moyen d'un dossier de demande de prestations transmis à cet effet par la MNT sur demande de l'intéressé. **Seul un dossier complet fait l'objet d'une instruction.**

La demande doit être formulée à la MNT dans un délai de 12 mois à compter de la date de classement en GIR.

Le dossier sera renvoyé à la MNT avec les documents justificatifs suivants :

- le formulaire de demande de prestations signé du bénéficiaire de la garantie ou de son représentant légal,
- le cas échéant, annuellement, un certificat de vie du **membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant**,
- la notification de l'attribution de l'APA indiquant le Groupe Iso/Ressources donnant lieu à cette prestation, GIR 1 ou 2, la date d'attribution et la date de révision éventuelle,
- En cas de dotation globale, adresser le classement en GIR 1 ou 2, la date d'attribution établie par le médecin de l'EHPAD où séjourne le membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant,
- le cas échéant, un titre de pension dans le cadre de l'assurance invalidité de la Sécurité sociale par classement en 3^{ème} catégorie ou une notification de rente d'incapacité permanente dans le cadre de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles avec un taux d'incapacité égal à 100 %, les justificatifs de versements seront demandés annuellement,
- le cas échéant la notification d'une majoration pour tierce personne,
- le cas échéant, en cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans un établissement : une attestation d'hébergement en unité de long séjour ou dans une section de cure médicale, bulletin de situation, certificat d'admission, attestation de présence, contrat d'hébergement, certificat de séjour, factures de frais de séjour,
- le cas échéant, en cas de maintien à domicile : un certificat médical justifiant de soins médicaux à domicile, accompagné-le cas échéant de justificatifs d'emploi d'une tierce personne, (notamment : avis de recouvrement URSSAF, attestation de la mairie ou d'un service social ou d'une association, bulletins de salaire, contrat de travail, factures avec décomptes des heures effectuées à domicile, copies des chèques emplois-services...),
- une attestation médicale de perte d'autonomie, complétée par le membre participant ou l'ayant droit le cas échéant et son médecin à partir d'un document fourni par la MNT, pouvant être adressée sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de la MNT (selon les coordonnées indiquées à l'article 2 de la présente annexe),
- un relevé d'identité bancaire du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant, sous réserve des exceptions prévues aux articles 427 et 498 du Code civil,
- une photocopie de la pièce d'identité du membre participant ou de l'ayant droit et, le cas échéant, de celle de son (ses) représentant(s),
- dans le cadre d'une mesure de protection, le jugement de tutelle en cas de mise sous tutelle du membre participant ou de l'ayant droit, et toutes autres pièces justifiant la qualité du représentant,

En cas de dépendance totale consécutive à un accident :

- tout document justifiant de la nature de l'accident et de son lien de cause à effet avec l'état de dépendance totale : coupure de presse, rapport de police, témoignages.

Ainsi, la MNT pourra indiquer au membre participant ou à l'ayant droit le cas échéant ou au(x) représentant(s), des pièces justificatives complémentaires à fournir, et ce afin d'étayer la demande de prise en charge conformément à l'article 1315 du Code civil. Le versement d'une ou des prestations est subordonné à la complétude du dossier. Les pièces justificatives nécessaires à l'étude du dossier n'engagent pas la MNT sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

La continuité du versement de la rente est subordonnée à la production d'un certificat de vie du bénéficiaire au 1^{er} janvier de chaque année (déclaration sur l'honneur valant certificat de vie).

Les rentes versées au titre de la garantie « Dépendance totale pour les sinistres survenus à compter du 60ème anniversaire du membre participant ou de l'ayant droit » sont complétées par une garantie « premières dépenses », telle que prévue à l'article 10 de la présente annexe, versée sous forme d'un montant unique forfaitaire, sous réserve que la MNT n'ait pas déjà versé ce capital - en cours de vie du présent règlement pour le même membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant.

Article 10 – Garantie premières dépenses

Article 10.1 - Objet et conditions de la garantie

Un capital forfaitaire est versé au membre participant ou l'ayant droit le cas échéant dès lors qu'il bénéficie d'une des garanties prévues dans la présente annexe. **Ce capital est versé une seule fois, quelle que soit la durée d'adhésion ou d'affiliation du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant, même si celui-ci bénéficie ultérieurement d'une autre garantie prévue dans le présent règlement.**

Après étude du dossier et expiration du délai d'attente le cas échéant, et s'il s'avère que l'état du membre participant ou de l'ayant droit le cas échéant répond aux conditions contractuelles, la MNT verse en une seule fois le capital « premières dépenses ».

Article 10.2 - Prestation

Le montant de la prestation est fixé à l'article 11 de la présente annexe.

Ce capital forfaitaire est versé une seule fois au membre participant ou à l'ayant droit le cas échéant pendant toute la durée du présent règlement, dès le début du service de la rente d'une des garanties suivantes : dépendance, perte définitive d'autonomie ou de la « garantie spécifique pour tout sinistre survenu avant le 20ème anniversaire du membre participant ou de ses ayants droit ».

Exemples : si le membre participant ou l'ayant droit le cas échéant âgé de 55 ans est en état de perte définitive d'autonomie, il sera pris en charge au titre de la garantie « perte définitive d'autonomie pour les sinistres survenus entre le 20ème et le 60ème anniversaire du membre participant ou de ses ayants droit », et percevra également le capital dû au titre de la garantie « premières dépenses ».

Si à 63 ans, ce membre participant ou cet ayant droit est en état de dépendance totale, il est couvert au titre de la garantie « dépendance totale pour les sinistres survenus à compter du 60ème anniversaire du membre participant ou de ses ayants droit », et le capital « premières dépenses » ne lui est pas dû puisqu'il a déjà fait l'objet précédemment d'un versement au titre d'une autre garantie.

Article 11 - Tableau des garanties et des prestations en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017

GARANTIES	PRESTATIONS
Garantie spécifique pour tout sinistre survenu avant le 20ème anniversaire du membre participant ou de ses ayants droit	Rente annuelle garantie de 1.200 euros (soit une rente mensuelle de 100 euros)
Garantie perte définitive d'autonomie pour les sinistres survenus entre le 20ème et le 60ème anniversaire du membre participant ou de ses ayants droit	Rente annuelle garantie de 1.200 euros (soit une rente mensuelle de 100 euros)
Garantie dépendance totale pour les sinistres survenus à compter du 60ème anniversaire du membre participant ou de ses ayants droit	Rente annuelle garantie de 1.200 euros (soit une rente mensuelle de 100 euros)
Garantie premières dépenses	Capital unique de 840 euros