Publiée en ligne le : 28 JUIL. 2023

COMMUNAUTE DE COMMUNES DU PAYS DE SAINT-YRIEIX
(Haute-Vienne)

# DECISION DU PRÉSIDENT
# n°2023-114 du 26 juillet 2023

**Objet : Avenant aux conditions générales du contrat facultatif de garantie collective couverture des frais de santé établi avec la mutuelle 403.**

**LE PRESIDENT,**

Vu la délibération n° 2020-056 du 11 juillet 2020 portant élection du Président ;

Vu l'article L.5211-10 du Code Général des Collectivités Territoriales relatif aux différentes délégations de compétences accordées par le Conseil Communautaire au Président ;

Vu la délibération n°2020-067 du Conseil Communautaire en date du 11 juillet 2020 portant délégation d'attribution du Conseil Communautaire au Président et subdélégation aux Vice-Présidents ;

Vu l'avenant ;

**DECIDE**

**Article 1er :** Il est établi un avenant aux conditions générales du contrat n°40958, intitulé contrat facultatif de garantie collective couverture des frais de santé, établi avec la mutuelle 403 – 16 rue Réné Goscinny – CS 20000 – 16013 AMGOULEME CEDEX.

**Article 2 :** Cet avenant prend effet au 1er janvier 2023.

**Article 3 :** Il sera rendu compte lors de la prochaine séance du Conseil de Communauté de la présente décision conformément à l'article L.5211-10 du Code Général des Collectivités Territoriales.

**Le Président,**

COMMUNAUTE DE COMMUNES (87) HAUTE-VIENNE PAYS DE SAINT-YRIEIX

**D. BOISSERIE**

Accusé de réception en préfecture
087-248700189-20230726-DP2023140254-AU
Date de télétransmission : 28/07/2023
Date de réception préfecture : 28/07/2023

Le Président :
- certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire du présent acte ;
- informe que le présent acte peut faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de Limoges dans un délai de 2 mois à compter de sa publication.

...../.....

# AVENANT AUX CONDITIONS GENERALES DU CONTRAT FACULTATIF DE GARANTIE COLLECTIVE COUVERTURE DES FRAIS DE SANTÉ

## AVENANT AU CONTRAT N° 40958

**Entre :**

d'une part

La **MUTUELLE 403**

Siège Social : **16, rue René Goscinny – CS 20000**
**16013 ANGOULÊME CEDEX**

Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le n° 781166210

ci-après désignée « la Mutuelle » ou « la Mutuelle 403 »

et d'autre part

**COMMUNAUTE DE COMMUNES DE ST YRIEIX**

**BP 28**
**64 PLACE DE LA NATION**
**87500 ST YRIEIX LA PERCHE**

ci-après désigné « le souscripteur du contrat »

**Conjointement désignées « les parties ».**

## ARTICLE 1 - PREAMBULE

Le présent avenant vient modifier les conditions générales opposables aux parties signataires.

## ARTICLE 2 – PRISE D'EFFET

Le présent avenant prend effet le 1er janvier 2023.

## ARTICLE 3 – LES DISPOSITIONS FAISANT L'OBJET D'UN ANNULE ET REMPLACE

Les stipulations ci-dessous viennent annuler et remplacer celles jusqu'alors opposables aux parties signataires :

- Dans le préambule, la phrase « *Le présent contrat assuré par la **MUTUELLE 403** est régi par le code de la mutualité. Il relève des branches d'agrément 1 « Accidents », 2 « Maladie »* prévues à l'article R. 321-1 du code des assurances » est remplacée par la suivante : « *Le présent contrat collectif assuré par la **MUTUELLE 403** est régi par le code de la mutualité. Il relève des branches d'agrément 1 « Accidents », 2 « Maladie » **et 20 « Vie-décès »** prévues à l'article R. 321-1 du code des assurances* ».

- Les durées des délais de stage évoqués aux articles 7, 8 et 18 des conditions générales du contrat sont déterminés comme suit :

« **Les délais de stage précités à respecter sont les suivants :**
**3 mois : Prestations chirurgie (hors Ticket Modérateur - TM - pour les contrats responsables) ;**
**3 mois : Prestations maladie (hors TM pour les contrats responsables) ;**
**3 mois : Hospitalisation (hors TM pour les contrats responsables) ;**
**3 mois : Chambre particulière ;**
**3 mois : Orthopédie ; Accessoires médicaux (hors TM pour les contrats responsables) ;**
**3 mois : Forfait Journalier Hospitalier (hors contrats responsables) ;**
**3 mois : Soins dentaires ; Orthodontie (hors TM pour les contrats responsables) ;**
**6 mois : Prothèses dentaires (hors TM pour les contrats responsables) ;**
**6 mois : Optique ; Acoustique (hors TM pour les contrats responsables) ;**
**6 mois : Véhicules pour handicapés physiques ; Prothèses mammaires et capillaires ;**
**1 an : Forfait naissance ;**
**1 an : Allocation obsèques ;**
**1 an : Cure ».**

- L'article 19.6 sur la cure thermale est remplacé par

*« Le forfait thermal correspond aux soins réalisés pendant la cure thermale. Il est variable selon l'orientation thérapeutique choisie et le type de forfait. Les honoraires de surveillance correspondent aux honoraires dus aux médecins pour la surveillance thermale.*
*En fonction de la garantie souscrite, la **MUTUELLE 403** peut rembourser :*

- *le ticket modérateur sur les honoraires de surveillance et/ou le forfait thermal et/ou les frais de transport et/ou les frais d'hébergement ;*

- *un forfait comprenant les honoraires de surveillance et/ou le forfait thermal et/ou les frais de transport et/ou d'hébergement.* ***Ces frais seront remboursés sur présentation des justificatifs des dépenses réellement engagées pour le bénéficiaire des soins. Pour les frais de transport, le remboursement est plafonné à un montant calculé sur la base de la distance parcourue entre le domicile et le lieu de cure et du tarif kilométrique retenu par l'Assurance Maladie en vigueur à la date du déplacement. Les pratiques médicales complémentaires ne sont pas prises en charge sauf si elles sont explicitement prévues au tableau de la garantie souscrite*** ».

- L'article 19.12 sur l'allocation frais d'obsèques est remplacé par :

« *L'allocation frais d'obsèques est versée sur justificatif à toute personne ayant supporté ces frais dans la limite du montant fixé au tableau de garanties et des frais réels exposés. Lorsque cette prestation à titre indemnitaire est prévue, elle est indissociable de la garantie frais de santé. Pour son versement, l'adhérent doit être à jour de ses cotisations au moment du décès.* ***En vertu de l'article L. 223-5 du code de la mutualité, seuls les mineurs de 12 ans et plus, ayant la qualité de bénéficiaires, peuvent être assurés au titre de cette prestation*** ».

- L'article 20 sur le paiement des prestations santé est remplacé par :

« ***ARTICLE 20 - PAIEMENT DES PRESTATIONS SANTÉ***

*Les remboursements des frais de santé ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit. Les taux mentionnés au titre des remboursements des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie sont ceux qui s'appliquent aux assurés du régime général, hors application de taux particuliers (remboursement à 100%, régime particulier, régime Alsace-Moselle...). Le remboursement total perçu par le membre participant (**MUTUELLE 403** + Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie) sera identique quel que soit le taux appliqué par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie. La **MUTUELLE 403** peut également verser à l'adhérent des prestations supplémentaires au titre d'une participation aux frais non pris en charge par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie et ce conformément à la garantie souscrite par le membre participant.*

*L'adhérent peut adresser un devis à la **MUTUELLE 403** pour connaître, avant la réalisation des soins, le montant des prestations auxquelles il a droit. La demande de cotation est établie en considération de la garantie souscrite à la date de réalisation de la cotation et ne vaut qu'en cas de concordance entre les soins objet du devis et ceux réalisés.*

*La date des soins prise en compte par la **MUTUELLE 403** pour procéder au remboursement des prestations est celle indiquée sur les décomptes de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire Française, ou le cas échéant, sur la facture du praticien. Est prise en considération en particulier :*

- *la date de facturation pour l'optique, l'appareillage, la pharmacie ;*
- *la date d'entrée pour une hospitalisation ;*
- *la date de chaque prestation pour les actes en série (séances de kinésithérapie, soins infirmiers, orthophoniste...) ;*
- *dans le cas particulier de l'orthodontie :*
    - *acceptée : la date de fin de trimestre, semestre, ou de l'année en fonction de la période de réalisation des soins d'orthodontie ;*
    - *refusée : la date de fin du semestre de traitement.*
- *la date de fin de cure pour une cure thermale.*

*Le versement des prestations par la* ***MUTUELLE 403*** *est, hors cas de force majeure, réalisé dans les délais suivants :*

- *2 jours ouvrés en cas de gestion des flux par télétransmission lorsqu'il n'existe aucun traitement de pièces justificatives. Dans le cas contraire, le délai est étendu à 5 jours ouvrés ;*
- *5 jours ouvrés à compter de la réception des justificatifs nécessaires en l'absence de télétransmission ou lorsque la prestation ne fait pas l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie obligatoire.*

***Les délais ci-dessus sont fournis à titre indicatif et ne peuvent en aucun cas engager la responsabilité de la MUTUELLE 403.***

*Les prestations garanties, répertoriées dans le tableau de garanties intégré aux conditions particulières du présent contrat, et mis à disposition sur les espaces en ligne, sont versées pour le salarié et ses ayants droit par virement direct sur le compte bancaire du salarié. Les prestations sont toujours payées en France et en euros.*

***Sont exclus des garanties de la MUTUELLE 403 :***

- ***les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire sauf dérogation explicite prévue dans les tableaux de garanties et dans les limites qu'ils prévoient ;***
- ***les actes qui ne figurent pas aux nomenclatures officielles des actes des régimes obligatoires de Sécurité Sociale française sauf dérogation explicite ;***
- ***les soins engagés antérieurement à la date d'affiliation ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie ;***
- ***les soins réalisés à l'étranger lorsque l'adhérent ne dépend pas d'un régime d'assurance maladie obligatoire français et que les factures ne sont pas traduites en langue française avec indication de la nature et du montant en euros de chaque dépense réalisée ;***
- ***les traitements esthétiques, les compléments alimentaires et les produits cosmétiques ;***
- ***les frais d'hébergement en établissement gériatrique ou de long séjour, les séjours en ateliers thérapeutiques, en centre de rééducation professionnelle et dans les instituts et centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogiques et professionnels ;***
- ***les compléments tarifaires et les prestations dites de confort au titre de la cure thermale ;***
- ***pour l'ensemble des garanties responsables ou non responsables, les exclusions de prise en charge prévues aux articles L. 871-1 et R. 871-1 du code de la sécurité sociale dont :***
    - ***la participation forfaitaire pour les consultations et actes médicaux instaurée par l'article L.322-2-II du Code de la Sécurité Sociale ;***
    - ***les franchises médicales mentionnées à l'article L. 322-2-III du Code de la Sécurité Sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux ;***
    - ***la majoration de la participation des assurés pour les actes effectués hors parcours de soins ;***
    - ***la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale ;***
    - ***les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques*** ».

- L'article 21 sur les modalités de remboursement des prestations est remplacé par :

*« **ARTICLE 21 - MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS***

*Pour percevoir ses prestations, et en dehors des règlements directs par la **MUTUELLE 403** aux Professionnels de Santé conformément à la réglementation ou signataires de conventions de tiers payant, l'adhérent doit produire :*

- *si la télétransmission est active, les éventuels originaux ou copies dématérialisées des documents nécessaires au remboursement des prestations ;*
- *si la télétransmission est inactive, tous les documents en version originale : les décomptes de la Caisse d'Assurance Maladie, factures ; ...*
- *toutes les pièces justifiant des frais réels (notes d'honoraires, factures optique, factures du chirurgien-dentiste ou prothésiste, factures de frais d'obsèques...) sur demande de la **MUTUELLE 403**.*

*Si l'adhérent bénéficie d'une première complémentaire santé, les originaux des décomptes de remboursement de cet organisme doivent être transmis, accompagnés des décomptes de la Caisse d'Assurance Maladie.*

*Dans le cas où le cumul des prestations servies par la **MUTUELLE 403**, ou un autre organisme assureur, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées ou supérieur au plafond de garanties imposé par la réglementation relative aux contrats responsables, les prestations servies par la **MUTUELLE 403** seraient réduites à due concurrence. L'adhérent recevant, de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la **MUTUELLE 403**, sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.*

*La liste des pièces à fournir pour obtenir le remboursement de certaines prestations figure en annexe du présent contrat et n'est pas exhaustive. La MUTUELLE 403 se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative, avant ou après le paiement des prestations, et dans le respect du secret médical, afin de vérifier la réalité des dépenses engagées.*

*La **MUTUELLE 403** peut diligenter des contrôles sur pièces en cas de dépenses anormalement élevées ou répétées, ou en cas de suspicion de fraude. Les décisions prises à l'issue de ces contrôles sont portées à la connaissance des adhérents par lettre motivée. Elle peut aussi recourir le cas échéant à une expertise médicale effectuée par son médecin conseil ou tout autre professionnel de santé Si le membre participant refuse de se soumettre à ce contrôle ou lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la réalité des dépenses engagées, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la **MUTUELLE 403**. Dans l'hypothèse d'un contrôle ayant lieu a posteriori du versement d'une prestation, dont le résultat serait défavorable à l'adhérent, ce dernier devra restituer à la **MUTUELLE 403** l'intégralité des prestations indûment perçues ».*

- L'article 22 sur l'action sociale est remplacé par :

*« **ARTICLE 22 - COMMISSION D'ACTION SOCIALE***

*Dans le domaine de l'Action Sociale, le Conseil d'Administration de la **MUTUELLE 403** délègue ses pouvoirs à une « Commission d'Action Sociale » constituée de 3 membres nommés parmi les Membres du Conseil d'Administration lors de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale.*
*Cette Commission a notamment pour vocation d'accorder des secours exceptionnels mais elle peut également examiner et statuer sur les demandes formulées par les adhérents au sujet des décisions prises par la **MUTUELLE 403** en matière de prestations.*

### *22.1 - SECOURS EXCEPTIONNELS*

*Des secours ayant un caractère exceptionnel, peuvent être accordés par la Commission d'Action Sociale aux membres participants et à leur famille dès lors qu'ils se trouvent dans une situation de difficulté avérée et qu'ils ont expressément saisi la* ***MUTUELLE 403****.*
*Ces secours sont prélevés sur une somme spéciale déterminée chaque année par l'Assemblée Générale.*
***Les demandes concernant une aide au paiement de la cotisation de la MUTUELLE 403, des frais d'obsèques, de l'aménagement du domicile ou du véhicule ne pourront être considérées comme recevables pour une présentation en Commission d'Action Sociale.***
***Par principe, l'intervention éventuelle de la MUTUELLE 403, au titre de ces secours exceptionnels, ne peut avoir lieu qu'après épuisement de toutes les voies de recours offertes par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie ou tout autre organisme pouvant intervenir dans ce domaine et sous réserve du respect de la procédure définie ci-après.*** *Dans le cas d'une pluralité d'organismes assureurs, la sollicitation auprès du service d'action sociale de l'assureur ayant mis en place la télétransmission est indispensable pour la bonne constitution du dossier.*
***Les demandes particulières concernant le financement d'un Véhicule pour Handicapé Physique (VHP) devront avoir fait l'objet d'une étude auprès des voies de recours du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) avant de pouvoir être présentées à la Commission d'Action Sociale de la MUTUELLE 403.***
*La demande d'aide au titre des secours exceptionnels doit être transmise à la* ***MUTUELLE 403*** *sous pli confidentiel accompagnée des documents suivants :*

- *lettre exposant les motifs de la demande ;*
- *toute justification des dépenses engagées et restant à la charge de l'intéressé (décomptes, factures, etc.) ;*
- *déclaration de la situation en cours (charges, revenus familiaux, etc.) ;*
- *avis d'imposition ou de non-imposition ;*
- *décision de tous les organismes accordant ou non une indemnisation partielle.*

***La participation éventuelle de la MUTUELLE 403 ne peut être versée qu'après paiement de toutes les aides accordées et dans la limite des frais réels engagés par l'adhérent.*** *L'aide sera versée au bénéficiaire uniquement (ou au membre participant si le bénéficiaire est un enfant mineur) sur présentation d'une facture acquittée, dans les six mois suivant la notification de la décision prise par la commission d'action sociale. Si la décision prise par la Commission d'Action Sociale fait suite à la présentation d'un devis, la facture devra être conforme à ce-dit document. Toute facture non conforme fera l'objet d'une nouvelle présentation auprès de la commission d'action sociale.*
*Dans tous les cas, les décisions prises par la Commission d'Action Sociale ne sont pas susceptibles d'appel.*
*En cas de situation présentant un caractère d'urgence, la* ***MUTUELLE 403*** *peut déroger à sa règle de principe en matière d'intervention et attribuer un secours exceptionnel à un adhérent sans que toutes les voies de recours n'aient été épuisées ou que toutes les aides extérieures à la MUTUELLE 403 n'aient été accordées.*

### *22.2 - AIDES MÉNAGÈRES EN SORTIE D'HOSPITALISATION*

*Pour les adhérents non bénéficiaires de l'assistance via le contrat santé et qui ne peuvent bénéficier de l'aide aux personnes âgées, d'une aide familiale, ou d'une aide aux personnes handicapées, la Commission d'Action Sociale de la MUTUELLE 403 peut accorder une aide pour le retour au domicile en finançant un maximum de 6 heures d'aides ménagères.*
***La demande d'aide doit être effectuée auprès du service d'action sociale de la MUTUELLE 403, dans un délai de dix jours ouvrés maximum faisant suite à une hospitalisation médicale ou chirurgicale prise en charge.***
*La MUTUELLE 403, si l'aide est accordée, sollicitera l'organisme le plus proche du domicile du bénéficiaire.*

*Pour bénéficier de cette aide éventuelle, l'adhérent doit être à jour de ses cotisations et s'engage à fournir à la **MUTUELLE 403** tous documents et/ou tous justificatifs nécessaires à sa demande.*
*Ces aides sont accordées sur un budget spécifique fixé chaque année par l'Assemblée Générale.*

***22.3 - PREVENTION***

*Outre la règlementation relative au contrat responsable l'Assemblée Générale fixe chaque année le montant du budget affecté à des actions de prévention. Notamment, dans le cadre des campagnes de vaccination antigrippale organisées par les régimes obligatoires d'Assurance Maladie, l'Assemblée Générale de la **MUTUELLE 403** décide, chaque année, de la prise en charge ou non de tout ou partie du vaccin contre la grippe. Elle en détermine les catégories de bénéficiaires ainsi que le montant de la participation de la **MUTUELLE 403**. Cette participation est versée sur présentation d'une facture acquittée.*
*La **MUTUELLE 403** peut être amenée également à participer ou à être partenaire d'évènements locaux dans le cadre d'actions relayées au niveau national ou par les Unions Mutualistes Régionales (Octobre Rose, ...). »*

- L'article 25 est remplacé par :

***« ARTICLE 25 - INFORMATION AUPRÈS DES ADHÉRENTS PAR LE SOUSCRIPTEUR DU CONTRAT***

*Conformément à l'article L. 221-6 du Code de la Mutualité, le **souscripteur** est tenu de remettre une notice d'information et les statuts de la **MUTUELLE 403** à chaque adhérent couvert par les garanties du présent contrat. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des personnes couvertes par avenant au présent contrat, le **souscripteur** est également tenu d'informer chaque adhérent couvert par les garanties du présent contrat en leur remettant une notice d'information établie à cet effet par la **MUTUELLE 403**. **Dans le cadre du présent contrat collectif facultatif, tout adhérent peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice d'information, dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.***

*La preuve de la remise de la notice d'information et des statuts aux adhérents couverts par les garanties du présent contrat, et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif, incombe au **souscripteur du contrat**.*

*La procédure à suivre par les adhérents pour mener à bien leur réclamation et/ou leur demande de médiation auprès du médiateur de la Mutualité Française est détaillée dans la notice d'information que la **MUTUELLE 403** délivre au **souscripteur** à l'attention de ses membres.*

*La **MUTUELLE 403** et le présent contrat sont soumis au contrôle de l'AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉSOLUTION, située au 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09 ».*

## ARTICLE 4 – LES DISPOSITIONS NOUVELLES

Les articles cités ci-dessous viennent compléter et s'ajouter aux articles opposables aux parties signataires :

- La première phrase de l'article 1 – OBJET DU CONTRAT – est complétée par la suivante : « *En fonction du produit choisi par le **souscripteur du contrat**, celui-ci pourra comprendre :*
    - *des garanties accessoires, assurées par la **MUTUELLE 403,** comme un forfait naissance ou une allocation frais d'obsèques ;-*

- *des garanties en inclusion, de type assistance ou allocation frais d'obsèques, portées par un autre assureur. Dans ce cas, les notices d'information propres à l'assureur qui couvre le risque et verse les prestations sont jointes aux conditions particulières du contrat et transmises aux membres participants ».*

- A l'article 19.3 « Périodicité de renouvellement des équipements d'optique médicale », est ajoutée la phrase suivante :

*« Pour les adhérents présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, la prise en charge de deux équipements à titre dérogatoire est autorisée sous réserve que les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparés et que l'ordonnance de l'ophtalmologiste porte la mention de l'un des 2 cas dérogatoires prévus à l'article VII.1 de l'arrêté du 3 décembre 2018 (soit en présence d'une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique ; soit en cas d'intolérance ou contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux) ».*

- Un article 19.13 « Séances chez le psychologue » est créé :

***« ARTICLE 19.13 - SÉANCES CHEZ LE PSYCHOLOGUE***

*Dans le cadre du contrat responsable, la prise en charge de séances chez le psychologue est acceptée :*

- *à condition d'être âgé de 3 ans ou plus et de présenter des troubles d'une nature et d'une intensité légère à modérée ;*
- *dans la limite de 8 séances par année civile dont la première est consacrée à un entretien d'évaluation ;*
- *d'être adressé par son médecin traitant, ou le cas échéant par un médecin impliqué dans la prise en charge ; celui-ci devant remettre à son patient un courrier indiquant que la prise en charge relève du dispositif mentionné à l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale. Cette orientation est valable 6 mois.*

*Le choix du psychologue est libre sous réserve qu'il soit conventionné par l'assurance maladie. La liste des psychologues conventionnés est consultable depuis le site internet monpsy.sante.gouv.fr*
*En dehors de ce dispositif, et en fonction de la garantie choisie par le membre participant, d'autres séances chez le psychologue pourront être prises en charge par la* ***MUTUELLE 403*** *(rubrique « Les plus » du tableau de garanties) ».*

- Un article 19.14 « Médecines douces » est créé :

***« ARTICLE 19.14 - MÉDECINES DOUCES***

*Les médecines douces peuvent concerner par exemple les consultations chez l'ostéopathe, l'acupuncteur, l'étiopathe, le chiropracteur, le diététicien ou le nutritionniste. En fonction de la garantie souscrite par le membre participant, les séances pratiquées par des professionnels enregistrés sur le répertoire ADELI ou sur le RPPS pourront être remboursées par la MUTUELLE 403 ».*

- Un article 19.15 « Pharmacie non remboursée par le régime obligatoire » est créé :

***« ARTICLE 19.15 - PHARMACIE NON REMBOURSÉE PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE***

*Il s'agit notamment des frais d'homéopathie, de phytothérapie, de sevrage tabagique, de contraception, du vaccin antigrippe et autres vaccins prescrits non remboursés par le régime obligatoire. La prise en charge est limitée dans tous les cas aux médicaments figurant sur la liste des produits ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament) et ayant fait l'objet d'une prescription par un médecin ».*

- L'article 29 sur la protection des données personnelles est complété de la manière suivante :

*« Conformément à la réglementation relative au démarchage téléphonique, les enregistrements sont détruits sans délai lorsque le prospect s'est opposé explicitement à la poursuite de la communication téléphonique ou de la proposition commerciale, et dans le délai maximum d'un mois à compter de la proposition commerciale en l'absence de réponse favorable du prospect ».*

- Un article 34 « Réclamation » est créé :

***« ARTICLE 34 – RECLAMATION***

*Une réclamation se définit comme étant l'expression écrite (courrier ou e-mail) ou orale (appel téléphonique ou présentiel) d'un mécontentement exprimé envers la* ***MUTUELLE 403*** *par toute personne intéressée et ce quel que soit le service ou l'interlocuteur de la* ***MUTUELLE 403*** *auprès duquel elle est formulée.*
*Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.*
*Toute réclamation doit être formulée dans le délai de 2 ans à compter de l'événement qui y a donné naissance.*
*La réclamation peut être adressée :*

- *soit par courrier à l'adresse suivante : MUTUELLE 403 - Service relation clientèle, 16 rue René Goscinny – CS 20000 – 16013 ANGOULÊME Cedex ;*
- *soit par téléphone en composant le numéro 05 45 20 51 20. Si le centre d'appels ne peut répondre à la demande, il transmet automatiquement celle-ci au service relation clientèle pour expertise et en avise l'intéressé ;*
- *soit par mail à l'adresse suivante : reclamation@mutuelle403.fr.*

*La* ***MUTUELLE 403*** *s'engage à répondre dans les plus brefs délais et si une réponse ne peut être apportée dans un délai de dix jours ouvrables à compter de la date d'envoi de la réclamation, il adresse au réclamant un accusé de réception de sa demande.*
*Dans tous les cas, une réponse sera apportée à la réclamation dans un délai de 2 mois.*
*En cas de désaccord persistant, et préalablement à tout contentieux, les parties au présent contrat auront la possibilité de s'orienter vers une médiation proposée par le Médiateur des entreprises».*

- Un article 35 sur la « Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme » est créé :

***« ARTICLE 35 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME***

*La* ***MUTUELLE 403*** *est assujettie à des obligations légales, réglementaires et prudentielles au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. En application de ces règles, elle est fondée à vérifier l'origine des fonds qui lui sont versés, ainsi que les caractéristiques des personnes susceptibles d'être intéressées au contrat ou de représenter l'assuré. La* ***MUTUELLE 403*** *n'accepte pas les versements en espèces de la part d'un souscripteur de contrat collectif. Par ailleurs, si les informations communiquées paraissent fausses ou irrégulières, la* ***MUTUELLE 403*** *se réserve la possibilité d'effectuer une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ».*

- L'annexe auquel fait référence le nouvel article 21 est la suivante :

## ANNEXE - LES PIÈCES À FOURNIR POUR OBTENIR UN REMBOURSEMENT DE PRESTATIONS

Les originaux des décomptes de remboursement de la Caisse d'Assurance Maladie doivent être transmis uniquement **si vous ne bénéficiez pas du système de télétransmission NOÉMIE**. Pour tout autre cas de figure, vous pouvez faire parvenir vos demandes à l'adresse suivante : prestations@mutuelle403.fr

Pour vérifier si la télétransmission fonctionne correctement sur votre dossier, il suffit de regarder les relevés de remboursement de votre Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire. Si la mention « *transmis à la MUTUELLE 403* » ou « *à votre organisme complémentaire* » apparaît sur vos relevés, la télétransmission fonctionne. Si aucune mention n'apparaît, vous ne bénéficiez pas de la télétransmission.

Si la **télétransmission est inactive**, vous devez transmettre les originaux de tous vos documents.

**Si vous bénéficiez d'une première complémentaire santé**, les originaux des décomptes de remboursement de cet organisme doivent être transmis, accompagnés des décomptes de la Caisse d'Assurance Maladie.

**La MUTUELLE 403 peut vous demander, si besoin, toute autre pièce utile au remboursement des prestations ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de votre garantie.**

| **HOSPITALISATION** (Acte pris en charge selon la garantie-santé souscrite) | |
|---|---|
| Chambre particulière | - Hospitalisation en clinique : original du bordereau AMC + facture détaillée acquittée<br>- Hospitalisation en hôpital : avis de sommes à payer + attestation de paiement |
| Forfait journalier | |
| Dépassements d'honoraires | |
| Frais d'accompagnant | Facture détaillée acquittée + bulletin d'hospitalisation |
| Télévision | |

| **SOINS COURANTS** (Acte pris en charge selon la garantie-santé souscrite) | |
|---|---|
| Consultations et visites | - Si vous avez payé l'intégralité des honoraires : décompte original de la Caisse d'Assurance Maladie en cas d'absence de télétransmission NOÉMIE<br>- Si vous avez bénéficié du tiers-payant sur la part du Régime Obligatoire et réglé la part complémentaire et/ou les dépassements : facture originale détaillée acquittée ( + décompte original de la Caisse d'Assurance Maladie en cas d'absence de télétransmission NOÉMIE |
| Actes de chirurgie et actes techniques médicaux hors hospitalisation | |
| Radiographie | |
| Analyses médicales | |
| Auxiliaires médicaux | |
| Transport | |
| Pharmacie | |
| Appareillage (dont auditif) | |

| **CURE THERMALE** (Acte pris en charge selon la garantie-santé souscrite) | |
|---|---|
| Forfait thermal | Attestation de cure + facture détaillée acquittée de l'hébergement et/ou du transport (factures péage, essence, train...) + justificatif de |
| Frais d'hébergement et transport | |

| | |
|---|---|
| | propriété en cas de location entre particuliers |
| **OPTIQUE** (Acte pris en charge selon la garantie-santé souscrite) | |
| Monture | - Si vous avez payé l'intégralité de la facture : décompte original de la Caisse d'Assurance Maladie en cas d'absence de télétransmission NOÉMIE<br>- Si vous avez bénéficié du tiers-payant sur la part du Régime Obligatoire et réglé la part complémentaire : facture originale détaillée acquittée ( + décompte de la Caisse d'Assurance Maladie en cas d'absence de télétransmission NOÉMIE<br>Pour le paiement des équipements optiques, une carte ou un certificat d'authenticité pourra être demandé |
| Verres | |
| Lentilles prises en charge par le Régime Obligatoire | |
| Lentilles non prises en charge par le Régime Obligatoire | Facture détaillée acquittée |
| Chirurgie réfractive | |

| | |
|---|---|
| **SOINS NON CONVENTIONNELS** (Acte pris en charge selon la garantie-santé souscrite) | |
| Etiopathe, acupuncteur, chiropracteur, homéopathe, diététicien, psychologue... | Facture acquittée avec le cachet du praticien indiquant le bénéficiaire et la date des soins et mentionnant, selon l'acte concerné, la possession du diplôme d'État dans la spécificité afférente à l'acte pratiqué, l'affiliation à une association professionnelle reconnue ou le numéro ADELI (ARS) |
| Ostéopathe | Facture acquittée avec le cachet du praticien ainsi que le n° ADELI, précisant la date et le bénéficiaire des soins |
| Contraception, vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire, sevrage tabagique... | Facture acquittée détaillée + copie de la prescription médicale |

| | |
|---|---|
| **DENTAIRE** (Acte pris en charge selon la garantie-santé souscrite) | |
| Soins dentaires | - Si vous avez payé l'intégralité de la facture : décompte original de la Caisse d'Assurance Maladie en cas d'absence de télétransmission NOÉMIE + facture détaillée acquittée indiquant les numéros de dents soignées<br>- Si vous avez bénéficié du tiers-payant sur la part du Régime Obligatoire et réglé la part complémentaire : facture détaillée acquittée indiquant la date des soins et les numéros de dents soignées ( + décompte original de la Caisse d'Assurance Maladie en cas d'absence de télétransmission NOÉMIE<br>La date des soins étant la date indiquée sur le décompte du Régime Obligatoire (fin de trimestre ou fin de semestre de traitement ou fin de l'année de contention)<br>Pour le paiement des prothèses, une déclaration de conformité pourra être demandée |
| Prothèses dentaires acceptées par le Régime Obligatoire | |
| Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire | |
| **Particularité prothèses dentaires sur implants** | **Facture des implants correspondants indiquant les numéros de dents** |
| Orthodontie refusée par le Régime Obligatoire | Facture détaillée acquittée précisant la date des |

| | |
|---|---|
| Implants – Parodontologie – Prothèses dentaires refusées par le Régime Obligatoire | soins et les numéros des dents soignées<br>Pour le paiement des implants, le passeport implantaire pourra être demandé<br>Pour l'orthodontie refusée, la date des soins est la date de fin du semestre de traitement |

Le **souscripteur du contrat** déclare avoir pris connaissance du présent avenant aux conditions générales de son contrat facultatif de garantie collective couverture des frais de santé, et en accepter toutes les dispositions.

Toutes les autres dispositions des conditions générales précédemment signées, exclues du champ d'application des articles 3 et 4 du présent avenant, demeurent inchangées.

Fait à Angoulême, le 01/01/2023, en deux exemplaires originaux

Pour **COMMUNAUTE DE COMMUNES DE ST YRIEIX** Pour la **MUTUELLE 403**

**Qualité :** Président **Le Directeur Général,**

**Nom du signataire et signature** **Patrick CHATELET**

Daniel BOISSERIE

COMMUNAUTE DE COMMUNES DU HAUT-VIENNE SAINT-YRIEIX

MUTUELLE 403
*16, rue René Goscinny*
16013 ANGOULÊME CEDEX
Tél. 05 45 20 51 20