

ADDITIF aux Conditions Générales valant notice d'information contrat collectif à adhésion facultative

Votre complémentaire santé évolue. Ces modifications vous sont communiquées dans le présent additif aux Conditions Générales valant notice d'information. Ainsi, les Conditions Générales valant notice d'information « CGF EX-APRÉVA 01-01-2021 » évoluent et sont dorénavant référencées « CGF EX-APRÉVA 01-01-2022 ».

A compter du 1^{er} janvier 2022, en dehors des dispositions concernant spécifiquement la Personne Morale Souscriptrice ou votre employeur, les dispositions suivantes se substituent aux dispositions actuelles :

Modification de la référence légale aux principes mutualistes et ajout d'une précision relative à la dématérialisation des relations contractuelles

• A l'article 1 « Objet » :

Les dispositions sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Les dispositions des présentes Conditions Générales déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure des garanties « frais de soins de santé » et « décès », dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative au sens de l'article L. 221-2, III-1^o, du Code de la mutualité, au profit des membres de la Personne Morale Souscriptrice, et ce dans le respect des principes mutualistes définis aux articles L. 110-2 et suivants du Code de la mutualité. Elles sont complétées par des Conditions Particulières, dont les dispositions prévalent, en cas de contradiction, sur celles du présent régime.

La Personne Morale Souscriptrice peut, à tout moment, demander la transmission de ces documents sur support papier en adressant une demande à cet effet à la Mutuelle ».

Modification des règles relatives aux modalités de résiliation à l'échéance annuelle (suppression de l'exigence de la lettre recommandée)

• A l'article 4.2.1 « Résiliation à l'initiative de la Personne Morale Souscriptrice » :

Le paragraphe « Résiliation à l'échéance » est supprimé et remplacé par :

« - Résiliation à l'échéance :

La Personne Morale Souscriptrice a chaque année la faculté de résilier le contrat par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité au moins deux (2) mois avant la date d'échéance (le 31 octobre au plus tard). Le contrat prend fin au terme de ce délai de préavis, c'est-à-dire au 31 décembre à minuit. »

• A l'article 4.3 « Résiliation à l'initiative du Membre Participant » :

Le paragraphe « Résiliation à l'échéance » est supprimé et remplacé par :

« - Résiliation à l'échéance :

L'adhésion aux garanties facultatives prend fin en cas de demande de résiliation par le Membre Participant, signifiée à la Mutuelle par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité au moins deux (2) mois avant la fin de l'année civile. La radiation prend effet au terme de ce délai de préavis de deux (2) mois, c'est-à-dire au 31 décembre à minuit.

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

- A l'article 4.3 « Résiliation à l'initiative du Membre Participant » paragraphe « Exceptions » :

La phrase : « En cas de modification des droits et obligations des Membres Participants, ces derniers peuvent demander la résiliation de leur adhésion par lettre recommandée dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information comportant les modifications. Cette demande de résiliation ne peut prendre effet qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties ».

Est supprimée et remplacée par : « En cas de modification des droits et obligations des Membres Participants, ces derniers peuvent demander la résiliation de leur adhésion par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu par l'article L221-10-3 du Code de la mutualité dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information comportant les modifications. Cette demande de résiliation ne peut prendre effet qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties ».

- A l'article 4.4 « Résiliation des ayants droit » :

Le paragraphe « Principe » est supprimé et remplacé par :

« - Principe

L'adhésion facultative des ayants droit prend fin en cas de demande de résiliation par le Membre Participant, signifiée à la Mutuelle par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité au moins deux (2) mois avant la fin de l'année civile. La radiation prend effet au terme de ce délai de préavis de deux (2) mois, c'est-à-dire au 31 décembre à minuit. Aucune demande de résiliation ne peut être acceptée en cours d'année. »

Introduction d'un nouvel article relatif à la faculté de renonciation en cas de vente à distance et de démarchage

- L'article 4 « Modification – résiliation du contrat » devient l'article 4 « Modification – résiliation du contrat – faculté de renonciation en cas de vente à distance ou de démarchage » et est complété d'un paragraphe « 4.5 Faculté de renonciation en cas de vente à distance ou de démarchage » :

003572 007015



« Article 4. Modification – résiliation du contrat – faculté de renonciation en cas de vente à distance ou de démarchage

(...)

4.5 faculté de renonciation en cas de vente à distance ou de démarchage

Conformément aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité, dans l'hypothèse où le contrat entre le Membre Participant et la Mutuelle a été conclu à distance ou a fait l'objet d'un démarchage à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qu'il y a adhéré à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, ce dernier a la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus. Ce délai court :

En matière de vente à distance :

- soit à compter du jour où l'adhésion du Membre Participant a pris effet ;

- soit à compter du jour où le Membre Participant reçoit les documents contractuels (bulletin d'adhésion, statuts, règlements ou fiche d'informations) si cette date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

En matière de démarchage :

- à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

Pour ce faire, il suffit à l'adhérent d'envoyer au siège social de la mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception ou procéder à un envoi recommandé électronique.

Lorsque le Membre Participant souhaite mettre en œuvre son droit à renonciation, il doit en informer la Mutuelle par écrit. Il peut utiliser à cet effet le modèle de lettre ci-après et le renvoyer dûment complété et signé par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la Mutuelle :

« Je soussigné(e)

Nom : Prénom :

..... Adresse complète du

Membre Participant : déclare faire usage

de la faculté qui m'est accordée par l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité de renoncer à mon adhésion au contrat complémentaire santé n°..... et, en conséquence, vous prie de me rembourser les sommes versées à ce titre dans la limite des dispositions contractuelles.

À le/...../..... Signature du Membre Participant.»

Modification des règles relatives à la territorialité

- **A l'article 5 « Élection de domicile » :**

Les dispositions sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Pour la souscription et l'exécution du présent contrat, la Personne Morale doit faire obligatoirement élection de domicile en France.

Si la Personne Morale a son siège social en dehors du territoire de la France métropolitaine, l'établissement avec lequel le contrat est conclu doit être situé en France et elle doit désigner dans ce territoire un correspondant qui se porte garant de l'exécution du contrat notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations ».

Protection des données personnelles

- **A l'article 6 « Protection des données personnelles » est complété comme suit :**

Après la phrase « La Mutuelle s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité physique et organisationnelle et de confidentialité des données traitées. »

Est insérée la disposition suivante : « La Personne Morale Souscriptrice est informée que la Mutuelle peut être amenée au travers de certains sous-traitants à transférer des données à caractère personnel vers un pays tiers en dehors de l'Union Européenne ou de l'Espace économique Européen. Dans ce cas, la Mutuelle met en place les mesures juridiques nécessaires afin d'assurer l'encadrement de ces transferts et de répondre aux obligations réglementaires en vigueur. »

Ajout de précisions quant à l'obligation pour le Membre Participant et ses ayants droit d'être affiliés à un régime d'Assurance Maladie Obligatoire Français

- **A l'article 8 « Demande d'adhésion » :**

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

Est insérée la disposition suivante : « Le Membre Participant fait connaître sa situation ainsi que celle de ses ayants droit au regard de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Toute modification sera signalée à la Mutuelle.

La Mutuelle pourra, lorsque le paiement des prestations y est conditionné, exiger du Membre Participant ou de ses ayants droit la fourniture de la carte VITALE ou de son attestation. Cette utilisation sera faite conformément aux dispositions légales et aux recommandations de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

L'adhésion de tout Membre Participant ou ayant droit ne pouvant justifier de son appartenance à un régime légal d'assurances maladie français est nulle. »

Ajout d'une précision relative à la prise en charge du nouveau « forfait patient urgences »

- **A l'article 14.1.1 « Contrats responsables et panier de soins minimal » :**

A la suite de : « - Le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers sans limitation de durée. »

Sont insérées les dispositions suivantes : « - L'intégralité du forfait patient urgences »

Exclusions

- **A l'article 14.1.3 « Limites de remboursement » :**

Les dispositions sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 14.1.3 Limites de remboursements

En optique

- Les verres solaires ou teintés sont exclus de toute garantie, sauf sur prescription médicale.

- Pour le poste lentilles, les produits et accessoires ne sont pas pris en charge dans le forfait.

En dentaire

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

Et plus généralement, sous réserve du respect des obligations de prise en charge prévues à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale, sont exclus de toute prise en charge :

- Les frais de traitement esthétiques ou de cosmétologie, lorsque non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire
- Les cures, traitements et opérations de rajeunissement et d'amaigrissement, lorsque non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire
- Les frais de chirurgie esthétique
- Les frais d'hébergement :
 - o En établissement gériatrique ou de long séjour,
 - o Pour les séjours en ateliers thérapeutiques,
 - o En centre de rééducation professionnel et dans les instituts et centres médicaux à caractère éducatif, psycho pédagogique et professionnels ;
 - o Pour les séjours en section de cures médicales
- Sauf indication contraire prévue au tableau des garanties, sont également exclus les frais de séjour (y compris la prise en charge des forfaits journaliers) en maison d'accueil spécialisée (MAS). »

Précision de la définition des ayants droit

- A l'article 15 « Le Membre Participant et les ayants droit »

Les dispositions sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 15 - Le Membre Participant et les ayants droit

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

Les ayants droit des Membres Participants pouvant bénéficier des prestations de la Mutuelle sont définis comme toute personne rattachée à un Membre Participant à l'un des titres suivants :

- Conjoint, concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité.

Le conjoint est l'époux ou épouse du Membre Participant, non divorcé et non séparé de corps judiciairement, exerçant ou non une activité professionnelle. Par concubinage on entend « l'union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple ». Le partenaire est la personne liée au Membre Participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), exerçant ou non une activité professionnelle. Le PACS est un contrat conclu entre deux personnes physiques majeures de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515 -1 du code civil).

- Enfant(s) à charge.

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants légitimes, naturels, reconnus adoptifs ou recueillis du Membre Participant, de son conjoint, à défaut de son partenaire ou concubin, sous réserve qu'ils :

- Bénéficient de prestations d'un contrat obligatoire d'assurance maladie sous le numéro d'immatriculation du Membre Participant, de son conjoint, partenaire ou concubin dès lors qu'il est lui-même ayant droit,
- Soient âgés de moins de 28 ans et poursuivent leurs études (sous présentation d'un certificat de scolarité ou d'une carte d'étudiant),
- Soient âgés de moins de 25 ans et poursuivent une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou de professionnalisation) ou si leur revenu mensuel brut est inférieur à 75% du SMIC,
- Quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). »

Précision des modalités de versement des prestations et du cas particulier de la « prime naissance »

- A l'article 19.1 « En matière de frais de soins de santé » :

Les dispositions sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 19.1 - En matière de frais de soins de santé

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

Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur le compte du Membre Participant ou du bénéficiaire. Par dérogation, le versement de la prime naissance s'effectue uniquement sur le compte bancaire du Membre Participant.

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

Précision des dispositions relatives au contrôle médical

- A l'article 20 « Contrôle médical » :

Les dispositions sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 20 – Contrôle médical

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations.

Préalablement au contrôle, le bénéficiaire est prévenu des modalités des examens demandés par la Mutuelle.

Lors du contrôle médical, le bénéficiaire a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

En cas de refus du bénéficiaire 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.

En cas de contrôle a posteriori (après versement des prestations), le Membre Participant devra restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indues.

En cas de désaccord entre le bénéficiaire et la Mutuelle, les parties intéressées peuvent choisir un médecin expert. A défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le médecin est désigné par le Président du tribunal judiciaire territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. La Mutuelle et/ou le gestionnaire et le Membre Participant supportent chacun pour moitié les frais liés à la nomination de ce médecin.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour la Mutuelle et le Membre Participant.

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

Ajout d'une précision relative à la pratique du tiers payant

- **A l'article 21 « Tiers payant » :**

Les dispositions sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 21 – Tiers payant

La Mutuelle met en œuvre le tiers payant généralisé. Les Membres Participants et leurs ayants droit peuvent ainsi en bénéficier auprès des professionnels de santé pratiquant le tiers payant sur la part complémentaire, pour les dépenses engagées relatives à tous les actes et prestations de santé visés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale prévus par leurs garanties à hauteur du tarif de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix limites de vente pour les équipements optiques et auditifs appartenant au panier de soins 100% santé ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation pour les actes appartenant au panier de soins 100% santé. Le bénéfice du tiers payant sur la part complémentaire est toutefois subordonné à la demande du professionnel de santé à l'origine des soins.

La Mutuelle a signé, directement ou par l'intermédiaire de groupements dont elle utilise les services, des conventions de tiers- payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé afin d'assurer directement, dans la limite des garanties souscrites, la prise en charge des frais engagés par le Membre Participant et ses ayants droit.

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

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

Précision des dispositions relatives à la procédure de réclamation et de Médiation

- **A l'article 27 « Réclamations - Médiation » :**

Les dispositions sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 27 – Réclamations – Médiation

Tout litige rencontré par un Membre Participant ou l'un de ses ayants droit concernant l'application ou l'interprétation du contrat collectif sera d'abord examiné par le Service Réclamations de la Mutuelle, qu'il est possible de saisir par courrier postal adressé à Aésio mutuelle – Service Réclamations - 2, rue de l'Origan – 62000 ARRAS ou par le formulaire de contact accessible dans votre espace adhérent ou sur le site internet de la Mutuelle : aesio.fr.

La réclamation est l'expression écrite, formulée par un Membre Participant, quel que soit le canal (courrier simple ou recommandé, mail, fax), quel que soit l'objet (garanties ou services), d'un mécontentement, d'une insatisfaction, fondé(s) ou non. Une question technique, même complexe, même formulée par courrier, ne constitue pas une réclamation.

La Mutuelle dispose d'un délai de dix (10) jours à compter de la réception de la réclamation pour en accuser réception, par courrier ou par courriel.

Une réponse définitive sera apportée au Membre Participant dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de la date de réception de sa réclamation.

Seront traitées les réclamations reçues par courrier (courrier simple ou recommandé, mails, fax) ou les réclamations rédigées par le Membre Participant sur le formulaire spécifique mis à sa disposition.

Le formulaire spécifique est disponible sur le site internet ou disponible en agence. Les réclamations doivent porter sur des situations individuelles.

En l'absence de réponse de la Mutuelle dans le délai précité ou en cas de désaccord sur la réponse apportée, le Membre Participant peut demander l'avis du Médiateur. Cette procédure est accessible gratuitement dans le cadre de situations litigieuses non résolues et après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations. Cette procédure doit être introduite dans le délai d'un an suivant l'épuisement des voies de recours internes de la mutuelle. A cet effet, le Membre Participant ou son ayant droit peuvent prendre contact avec le Médiateur :

- Soit par courrier à l'attention de : Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15

- Soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : <https://www.saisine.mediateur-mutualite.fr> »

Ajout de dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux

- **Un article 28 « Lutte contre le blanchiment des capitaux » est créé :**

« Article 28 – Lutte contre le blanchiment des capitaux

Conformément aux dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la Mutuelle est fondée, dans le cadre du respect de son obligation de vigilance et de contrôle, à demander à la Personne Morale Souscriptrice toutes pièces justificatives complémentaires nécessaires à l'établissement du contrat collectif ou à sa modification. »