

Le présent règlement, référencé RM/ MUT/ COSAE TER/ 01.2021, a fait l'objet de la délivrance d'un label conformément aux dispositions du décret n°2011-1474 du 08 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Ce règlement a pour objet d'offrir au membre participant des garanties Frais de Santé, ainsi qu'une garantie optionnelle « Indemnités Hospitalières ». Il est régi par le Code de la Mutualité.

DEFINITIONS :

Accident : l'accident s'entend de l'effet soudain, imprévisible et involontaire d'une cause extérieure provoquant sur la personne physique du membre participant une atteinte ou lésion corporelle. La preuve de l'accident incombe au bénéficiaire.

Actes Hors Nomenclature : désignent les actes non reconnus par la Sécurité sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

Assuré : désigne l'assuré social, c'est-à-dire la personne affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français.

Ayants droit : au sens de la Sécurité sociale, désignent les personnes à la charge du membre participant en sa qualité d'assuré social et qui peuvent prétendre à ce titre au versement des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie auquel il est affilié.

OPTAM / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

Contrat responsable : Contrat ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application en vigueur.

Contrat solidaire : Contrat ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurables.

Garantie : elle correspond à l'engagement de la Mutuelle de verser une prestation si le membre participant ou, le cas échéant, les bénéficiaires sont victimes d'un sinistre.

Membre participant : le membre participant est la personne satisfaisant aux conditions posées à l'article 1er, qui adhère au présent règlement en remplissant et signant le bulletin d'adhésion.

Mutuelle : désigne RADIANCE Mutuelle, dont les activités sont soumises aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro 483 747 333 et dont le siège social se situe à Lyon 69453, au 95 rue Vendôme.

Nomenclature : cette notion désigne les documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale.

Prestation : elle correspond à l'exécution de la garantie par la Mutuelle.

Remboursement de la Sécurité sociale :

- Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) : représente l'assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

- Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) : ce montant est égal à la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

- Ticket modérateur (TM) : il correspond à la part des frais de santé non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie, égale à la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Vente à distance : fourniture d'une prestation d'assurance conclue sans la présence physique simultanée des parties, entre une personne physique et la Mutuelle qui, pour l'établissement du bulletin d'adhésion, utilisent exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance (utilisation de tout moyen pour la signature du bulletin d'adhésion, sans la présence physique ou simultanée du demandeur à l'adhésion et de la Mutuelle comme le téléphone, Internet ou la voie postale).

TITRE I – ADHESION

ARTICLE 1 - CONDITIONS D'ADHESION

L'adhésion au présent règlement est ouverte, sans formalité médicale préalable :

- aux fonctionnaires et agents non titulaires des collectivités territoriales et de leurs établissements publics, affiliés aux institutions de retraite CNRACL et IRCANTEC, ainsi qu'aux agents précités ayant la qualité de retraité ;
- aux membres de leur famille tels que définis à l'article 8.2.

Domiciliés sur le territoire français et affiliés à un régime obligatoire d'assurance maladie français. Elle n'est pas ouverte aux personnes ayant adhéré à la Caisse des Français à l'Etranger (CFE).

L'adhésion au présent règlement est facultative et ouverte aux personnes précitées âgées de plus de seize ans, sans âge maximal d'adhésion.

Pour bénéficier de la ou des garanties, le demandeur doit remplir et signer le bulletin d'adhésion au règlement COSAE TERRITORIAUX et y indiquer notamment :

- la formule de garantie Frais de santé unique qu'il a choisie, pour lui-même et le cas échéant les membres de sa famille, parmi les formules proposées : Cosae Ter 1, Cosae Ter 2, Cosae Ter 3, Cosae Ter 4. Les formules de garantie sont indistinctement proposées aux agents actifs et aux agents retraités ;

- les bénéficiaires de la garantie Frais de santé, membres de sa famille tels que définis à l'article 8.2 qu'il souhaite assurer. Ces derniers doivent également relever, en tant qu'assuré à titre personnel ou ayant droit du demandeur, d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ;

- et, le cas échéant, la garantie optionnelle « Indemnités Hospitalières » définie en annexe au présent règlement. Les conditions d'adhésion et de couverture de la garantie « Indemnités Hospitalières » sont décrites en annexe au présent règlement.

Par la signature du bulletin d'adhésion, le nouveau membre participant reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance des statuts de la Mutuelle et du présent règlement.

ARTICLE 2 - FORMALITES D'ADHESION

Le Membre Participant doit joindre avec le bulletin d'adhésion, selon sa situation :

- une attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- une attestation de vie maritale pour les concubins,
- un certificat de scolarité pour les enfants à charge assurés sociaux ou étudiants âgés de plus de 16 ans et de moins de 26 ans,
- un certificat d'apprentissage pour les enfants apprentis,
- un certificat de radiation délivré par le précédent organisme assureur,
- la copie du dernier avis d'imposition du membre participant ou de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin (à défaut, attestation sur l'honneur pour la première année de rattachement fiscal)
- le cas échéant, le justificatif d'adhésion antérieure à un contrat ou règlement labellisé ou faisant l'objet d'une convention de participation, et selon la situation, l'attestation précisant le montant du coefficient de majoration ou l'attestation de non-majoration, établis par le dernier organisme auprès duquel le membre participant avait adhéré à un tel contrat ou règlement,
- le cas échéant, tout document permettant de justifier de sa date d'entrée dans la fonction publique si celle-ci est postérieure au 10 novembre 2011.

Outre ces justificatifs, le bulletin d'adhésion doit être accompagné :

- de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré au régime de base obligatoire d'assurance maladie, en vigueur à la date d'adhésion, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro,
- d'un relevé d'identité bancaire ou postal,
- de la copie de la pièce d'identité officielle en cours de validité
- le cas échéant, du formulaire « Mandat SEPA » dûment complété, afin de permettre le prélèvement automatique,

A défaut, l'adhésion ne prend pas effet.

Le membre participant s'engage à déclarer, sans délai, à la Mutuelle tout changement de situation familiale, de protection sociale (régime obligatoire d'assurance maladie) ainsi que d'activité professionnelle.

ARTICLE 3 - RÉVISION DU REGLEMENT

Le règlement peut être modifié en cours d'année en cas d'évolution réglementaire ou chaque 1er janvier notamment en cas d'évolution des résultats

3.1. Evolutions réglementaires

En cas d'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime de la Sécurité sociale, le règlement peut être modifié en cours d'année. Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date mentionnée sur la notification adressée au membre participant pour formaliser cette modification.

Jusqu'à cette date, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

En cas de modification des garanties, le membre participant peut refuser la proposition de l'organisme assureur dans les trente jours qui suivent la réception de la notification en envoyant sa demande de résiliation par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité. L'adhésion du membre participant prend alors fin dans les dix jours suivants.

3.2. Résultat du règlement

Si une évolution des résultats techniques de l'ensemble des membres participants relevant de la même catégorie tarifaire (régime de Sécurité sociale, classe d'âge, le cas échéant niveau de garantie) ou une aggravation du risque vient à entraîner une modification des engagements de la Mutuelle, celle-ci, sur décision du Conseil d'administration, dans les conditions prévues par le Code de la mutualité et les statuts de la Mutuelle se réserve la possibilité de modifier le règlement et ses annexes et/ou de réviser les garanties et/ou les cotisations au 1er janvier de chaque année.

Le membre participant est informé de la modification du règlement et/ou de la révision de sa cotisation, par notification

ARTICLE 4 - PRISE D'EFFET DE L'ADHESION

A réception du bulletin d'adhésion accompagné des justificatifs visés à l'article 2, la Mutuelle émet un certificat d'adhésion mentionnant la date de prise d'effet et les caractéristiques de l'adhésion.

La prise d'effet de l'adhésion est subordonnée aux conditions suspensives et cumulatives suivantes :

- 1- la réception par la Mutuelle du Bulletin d'adhésion, accompagnée des pièces justificatives visées à l'article 2,
- 2- la vérification de ces pièces justificatives par la Mutuelle,

L'adhésion devient définitive lorsque ces deux conditions sont satisfaites

En tout état de cause, l'adhésion ne prendra effet qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance. Dans ce cas, la Mutuelle émet un certificat d'adhésion mentionnant les caractéristiques de l'adhésion ainsi que la date de sa prise d'effet.

Celle-ci est fixée au plus tôt au premier jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion, accompagné des pièces justificatives.

En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion fait foi entre les parties.

Le demandeur acquiert alors la qualité de membre participant.

Les soins prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ainsi que les hospitalisations antérieures, programmées ou en cours à cette date ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

Tout mois commencé est dû. Les prestations correspondant à cette période seront versées par la Mutuelle.

L'adhésion à la garantie est attestée par la carte de droit délivrée par la Mutuelle. Cette carte a pour vocation :

- de présenter au professionnel de santé les garanties susceptibles de faire l'objet d'un tiers payant lorsqu'un accord le permet
- de permettre l'accès aux réalisations sanitaires et sociales mutualistes.

La carte est délivrée pour la période de cotisation à venir avec l'appel de cotisation si le membre participant est à jour du paiement de ses cotisations échues. Le membre participant s'engage à ne pas l'utiliser en cas de défaut de paiement des cotisations et à la restituer à la Mutuelle en cas de démission, de radiation ou de changement de niveau de garantie.

ARTICLE 5 – FACULTE DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE

Si l'adhésion au présent règlement a été réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation à distance en application de l'article L221-18 du Code de la Mutualité, le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer. Le délai commence à courir soit à compter du jour où son adhésion a pris effet, soit à compter du

jour où il reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L121-20-11 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Cette renonciation doit être notifiée à la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception ou par l'envoi d'un recommandé électronique.

Le membre participant qui a demandé le commencement de l'exécution de l'adhésion avant l'expiration du délai de renonciation devra s'acquitter du prorata de cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet de l'adhésion et la renonciation.

Dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre recommandée de renonciation ou de l'envoi du recommandé électronique, la Mutuelle rembourse au membre participant les cotisations payées, sous déduction le cas échéant de la cotisation due visée à l'alinéa précédent.

Un projet de rédaction destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation figure ci-après :

"Je, soussigné(e)..... domicilié e)..... déclare renoncer à mon adhésion du .../.../.... au règlement mutualiste « COSAE TERRITORIAUX » et demande le remboursement de la cotisation, dans le délai de 30 jours prévus en matière de vente à distance." Fait à ... le ... (signature).

A adresser à : Radiance Mutuelle, 55 allée Albert Sylvestre 73026 Chambéry Cedex

Cette renonciation entraîne la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues par le présent règlement.

ARTICLE 6 - DUREE, RENOUVELLEMENT ET CESSATION DE L'ADHESION

6.1 Durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction d'année en année sauf résiliation par le membre participant ou la Mutuelle.

6.2 Cessation de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement peut ainsi cesser :

6.2.1 À la demande du Membre participant :

6.2.1.1 A l'échéance annuelle,

Le membre participant peut dénoncer son adhésion au présent règlement sous réserve d'en faire la demande à la Mutuelle au moins DEUX mois avant chaque date de renouvellement, soit au plus tard le 31 octobre dans les conditions prévues au point 6.2.1.4 « Modalités de dénonciation de l'adhésion » du présent règlement.

La dénonciation sera effective au 31 décembre suivant la réception de la notification par la Mutuelle.

6.2.1.2 en cas d'affiliation à un contrat collectif obligatoire souscrit par un employeur,

Le Membre participant justifiant être couvert au titre d'un contrat groupe obligatoire frais de santé, peut demander la dénonciation de son adhésion au présent règlement dans les conditions prévues au point 6.2.1.4 « Modalités de dénonciation de l'adhésion » du présent règlement, en fournissant une attestation établie par le nouvel organisme complémentaire, accompagnée d'une attestation de son employeur. Auquel cas, l'adhésion cesse un mois après la réception de la demande par la Mutuelle, accompagnée des justificatifs précités.

6.2.1.3 à tout moment

Le membre participant peut, après expiration d'un délai d'un an, dénoncer son adhésion au présent règlement sans frais ni pénalités, dans les conditions prévues au point 6.2.1.4 « Modalités de dénonciation de l'adhésion » du présent règlement.

La dénonciation de l'adhésion prend effet à défaut d'accord des parties un mois après la réception par l'organisme assureur de la notification du membre participant.

Dans le cas où le membre participant souhaite dénoncer une adhésion conclue pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme assureur, celui-ci peut effectuer pour le compte du membre participant souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de dénonciation dans les conditions prévues par le présent règlement. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture du membre participant durant la procédure.

Lorsque l'adhésion est dénoncée dans les conditions prévues au présent règlement, le membre participant n'est redevable que de la part de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation

6.2.1.4 Modalités de dénonciation de l'adhésion

Lorsque le membre participant a le droit de dénoncer son adhésion au règlement, la notification de la dénonciation peut être effectuée, au choix du membre participant :

- soit par lettre ou tout autre support durable,
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur,
- soit par acte extrajudiciaire,
- soit par le même mode de communication à distance utilisé au cours de l'adhésion au règlement.

L'organisme assureur confirme par écrit la réception de la notification.

6.2.2 A la demande de la Mutuelle :

En cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions prévues à l'article 12,

6.2.3 A titre exceptionnel, le membre participant ou la Mutuelle peut résilier l'adhésion en cours d'année en cas de domiciliation à l'étranger (hors France métropolitaine).

La résiliation de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de la nouvelle domiciliation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La Mutuelle rembourse au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

6.2.4 En cas de décès du membre participant

La Mutuelle rembourse prorata temporis, la partie de cotisation réglée correspondant à la période d'assurance non courue postérieure au décès et ce, à compter du 1er jour du mois civil qui suit la date de l'événement.

Les bénéficiaires qui lui étaient rattachés continuent à être garantis jusqu'à la fin du mois de survenance du décès. Le conjoint survivant ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin peut ensuite adhérer à titre personnel selon les dispositions prévues aux articles 1 et 3 et sous réserve que la demande d'adhésion soit effectuée dans les 12 mois qui suivent le décès.

La cessation de l'adhésion prive de tout droit à prestation le bénéficiaire pour les frais exposés postérieurement à la date de cessation de l'adhésion.

Lorsque le membre participant souhaite résilier son adhésion, la Mutuelle transmet à celui-ci un justificatif d'adhésion ainsi que, le cas échéant, le montant du coefficient de majoration qui est affecté à sa cotisation. Dans l'hypothèse où le membre participant ne s'était pas vu affecter de coefficient de majoration, la Mutuelle lui adresse une attestation de non-majoration.

ARTICLE 7 - CHANGEMENT DE GARANTIE

7.1 Garantie Frais de santé

Toute modification substantielle des éléments de l'adhésion (composition de famille, garantie, etc...) fait l'objet d'un avenant au bulletin d'adhésion signé par le membre participant.

Le changement de formule à la hausse, peut intervenir :

- après 12 mois de présence dans la garantie précédemment souscrite et engage le membre participant et ses bénéficiaires pour les 12 mois suivants. La prise d'effet du changement intervient le 1er janvier suivant la demande.

- à tout moment en cas de changement de situation de famille (mariage, PACS, concubinage, veuvage, divorce, séparation de corps judiciairement prononcée, naissance d'un enfant, décès d'un enfant, modification du nombre de bénéficiaires) ou justifiée par une situation particulière de l'agent (chômage, retraite, suspension de contrat de travail pour invalidité, exonération du ticket modérateur).

Pour être recevable, la demande doit être présentée par le membre participant dans les 3 mois suivant l'événement. Les nouvelles garanties prennent effet au 1er jour du mois civil suivant la demande.

Le changement de formule à la baisse peut intervenir

- au 1er janvier de chaque année si l'agent peut justifier de 2 ans d'affiliation à la précédente option.

-à tout moment en cas de changement de situation de famille (mariage, PACS, concubinage, veuvage, divorce, séparation de corps judiciairement prononcée, naissance d'un enfant, décès d'un enfant, modification du nombre de bénéficiaires) ou justifiée par une situation particulière du membre participant (chômage, retraite, suspension de contrat de travail pour invalidité, exonération du ticket modérateur).

Pour être recevable, la demande doit être présentée par le membre participant auprès dans les 3 mois suivant l'événement. Les nouvelles garanties prennent effet au 1er jour du mois civil suivant la demande.

7.2 Garantie optionnelle Indemnités Hospitalières

La garantie Indemnités Hospitalières peut compléter l'option Frais de santé choisie par le membre participant. Elle peut être choisie postérieurement à la souscription de l'option Frais de santé.

TITRE II - GARANTIES

ARTICLE 8 – EXCLUSIONS COMMUNES

Ne donnent pas lieu aux garanties et n'entraînent aucun paiement à la charge de la Mutuelle :

1) les maladies ou accidents résultant notamment des faits suivants :

- Accident du travail donnant lieu à remboursement intégral par la législation sur les accidents du travail ;
- Accident résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel ;
- Accident en milieu scolaire couvert par une assurance spécifique.

Ces deux dernières exclusions ne s'appliquent pas, dans le cadre de l'obligation de prise en charge minimale au titre du contrat responsable, aux prestations et actes mentionnés à l'article R871-2 du code de la sécurité sociale.

2) Les interventions de chirurgie esthétique non prises en charge par la Sécurité sociale.

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

ARTICLE 9 - GARANTIES FRAIS DE SANTE

9.1 – Contrat « responsable »

Le présent règlement respecte les conditions de prise en charge ou d'exclusion mentionnées à l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application pour répondre ainsi à la définition du contrat responsable.

A ce titre, ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- la participation forfaitaire et la franchise médicale visées à l'article L.160-13 II et III du Code de la Sécurité sociale, Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile
- la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire pour ses frais d'actes ou de prestations de soins de santé dans le ou les cas où :
 - . Il n'a pas choisi son médecin traitant,
 - . Il consulte un autre médecin sans prescription dudit médecin traitant,
 - . le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du Code de la santé publique (accès au dossier Médical Personnel).
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par le médecin spécialiste lorsque le bénéficiaire le consulte directement sans respecter le parcours de soins coordonnés, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques visé à l'article L162-5 18° du Code de la Sécurité sociale.

9.2 – Bénéficiaires

Sont bénéficiaires des prestations versées au titre des garanties Frais de santé, sous réserve des justificatifs à apporter visés à l'article 2 et du versement de la cotisation correspondante :

- le membre participant,
- son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou concubin (même bénéficiant à titre personnel d'un régime obligatoire d'assurance maladie),
- ainsi que, jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 25ème anniversaire, sous réserve de fournir annuellement un justificatif de leur situation, les enfants :

- à la charge du membre participant, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un PACS, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs, pupilles de la nation ou enfants recueillis, justifiant :
- soit de la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité Sociale du membre participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin
- Soit du bénéfice d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité Sociale, d'être non salarié et d'être reconnu à charge par l'administration fiscale.
- placés en apprentissage dans les conditions déterminées par le code du travail,
- qui poursuivent leurs études.

La démission ou la radiation du membre participant sera assimilée à une démission de l'ensemble des bénéficiaires.

9.3 Définition - Prestations garanties

Les garanties souscrites sont annexées au présent règlement.

Pour les produits et services pris en charge par l'assurance maladie, les remboursements de la Mutuelle sont limités aux bases de remboursement de la Sécurité Sociale Française, sous réserve de prise en charge par un régime légal et dans la limite des frais déclarés engagés, hors participation forfaitaire et franchise médicale.

Les prises en charge de la Mutuelle sont exprimées soit en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale, déduction faite de son remboursement, soit en montant forfaitaire.

Les remboursements de dépassements d'honoraires des professionnels de santé spécialistes et généralistes hors parcours de soins sont réduits dans les mêmes conditions quel que soit le secteur conventionnel d'exercice.

Lorsque ces mêmes professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et non adhérent à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO), la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge du dépassement d'honoraires pratiqué est celle du tarif d'Autorité.

En aucun cas, la Mutuelle ne prendra en charge des actes ou des suppléments d'actes non justifiés médicalement, que ces actes résultent de pratiques médicales non fondées par une convention ou de demandes de patient.

Les forfaits et plafonds de remboursement sont réglés par année civile sauf dispositions particulières mentionnées ci-dessous, **et dans la limite des frais réels engagés.**

En tout état de cause, après épuisement des forfaits ou atteinte des plafonds de remboursement, la Mutuelle prend en charge à hauteur du Ticket Modérateur les garanties donnant lieu à remboursement par le régime obligatoire de l'Assurance Maladie.

En tout état de cause, le montant des prestations servies par la Mutuelle ne peut excéder les frais réellement engagés par le membre participant, sous déduction des remboursements versés par la Sécurité sociale et tout autre organisme complémentaire (article 9, alinéa 1er de la loi n°89-1009 du 31/12/1989).

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (article 2 alinéa 1er du décret n°90-769 du 30/08/1990).

Certaines garanties présentent des dispositions particulières mentionnées ci-après :

* Hospitalisation :

Les garanties respectent l'obligation réglementaire de prise en charge minimale du ticket modérateur (à l'exception de la participation sur les actes lourds prévue au I de l'article R 322-8 du code de la Sécurité sociale) à l'occasion d'une hospitalisation dans un établissement de santé.

- Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire factures par un médecin soumis ou non à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

- Forfait journalier hospitalier : Le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale est pris en charge sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

- Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures divers (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques) ; Pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1er jour d'hospitalisation

- Chambre Particulière : Selon la formule choisie, la Mutuelle peut prendre en charge la chambre particulière avec hébergement (comprenant au moins une nuit).

La prise en charge de la chambre particulière avec hébergement est versée dans la limite de 60 jours par année civile lors d'une hospitalisation en convalescence et en rééducation. Elle n'est pas remboursée pour les séjours en psychiatrie.

Elle peut être prise en charge en l'absence d'hébergement, dans les mêmes conditions et limites.

- Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale : Les forfaits « frais d'accompagnement » sont versés, selon la garantie souscrite, en cas d'hospitalisation :

- ✓ d'un bénéficiaire assuré au présent règlement dont l'accompagnant est nécessairement le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un PACS, assuré ou non au titre du règlement,
- ✓ ou d'un enfant, bénéficiaire assuré, âgé de moins de 12 ans.

Ils prennent en charge l'hébergement (établissements ou maisons de parents) et le transport de la personne accompagnante (frais calculés sur la base du tarif SNCF 2ème classe) et la restauration.

Ces plafonds s'appliquent dans la double limite d'un plafond de dépenses par jour et de 30 jours par année civile.

* Soins courants :

Pour l'ensemble des formules, sont pris en charge les actes et soins effectués par des praticiens conventionnés ou non.

• Honoraires médicaux :

- Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste, ayant adhéré ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).

- Actes techniques médicaux réalisés par un médecin spécialiste ayant adhéré ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).

- Actes d'imagerie médicale réalisés par un médecin ayant adhéré ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).

• Honoraires paramédicaux

- Consultations, actes techniques et prestations remboursés par la sécurité sociale, réalisés par un auxiliaire médical ayant adhéré ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).

• Analyses et examens de laboratoire

• Matériel médical (appareillage et prothèses médicales hors aides auditives et optiques),

• Médicaments remboursés par la Sécurité sociale

• Autres soins

- Honoraires de dispensation du pharmacien, y compris vaccination antigrippale
- Frais de transport sanitaire (ambulance, taxis conventionnés hors SMUR) remboursés par la Sécurité Sociale
- Participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds

* Optique :

- Sont pris en charge **les équipements Optique 100% Santé** (montures et/ ou verres de classe A), à hauteur des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour ces équipements, tels que définis dans la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale.

La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour des verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge à hauteur des prix limites de vente tels que définis dans la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale.

- Sont pris en charge **les Equipement Optique autre que 100% Santé** (montures et/ou verres de classe B), dont le tarif est fixé librement par l'opticien.

Cette prise en charge doit respecter les minima et maxima mentionnés dans le tableau des garanties conformément à l'article R.871-2 3° du code de la Sécurité sociale.

Ces maxima s'appliquent également lorsque l'assuré opte pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement.

Les minima et maxima incluent la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire hors prestations annexes.

Les prestations dépendent du type de verre (verre simple complexe ou très complexe) définis par les codes LPP de la nomenclature de la sécurité sociale :

VERRES SIMPLES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

VERRES COMPLEXES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

VERRES TRES COMPLEXES

- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,*
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

*Sphère supérieure à une dioptrie de I-8DI soit -9D

Conditions de renouvellement :

Les équipements d'optique composés d'une monture et deux verres sont pris en charge à raison d'un équipement tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, le délai est réduit à un an. Pour les enfants de moins de 16 ans, le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, le renouvellement de la prise en charge est possible sans délai pour l'acquisition de verres, pour les mineurs de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue et quel que soit l'âge, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières visées à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale.

Concernant cette périodicité selon le cas, il est précisé que :

- celle-ci est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement optique pris en charge par la Mutuelle ;
- en cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, la période pendant laquelle un équipement (verres + monture) peut être remboursé est identique (la période débute à la date de facturation du dernier élément de l'équipement).

Si l'assuré a bénéficié d'une prise en charge au titre de tout ou partie d'un équipement optique antérieurement au 1er janvier 2020 alors le délai court à compter de la date de facturation du dernier équipement d'optique médical.

- Lentilles correctives prises en charge ou non par la Sécurité sociale : Ces forfaits sont annuels et par bénéficiaire.
- Chirurgie réfractive : ce forfait est versé une seule fois par œil pendant toute la durée de l'adhésion, sur présentation de la facture acquittée.

* **Dentaire :**

- Soins et prothèses dentaires 100% Santé : sont pris en charge les frais exposés par l'assuré pour les soins prothétiques dentaires en sus des tarifs de responsabilité à hauteur des honoraires limites de facturation, que les praticiens s'engagent à respecter, pour les actes définis par arrêté et mentionné au sein du tableau de garanties.

- Les Soins Hors 100% Santé : Sont pris en charge les frais exposés par l'assuré pour d'autres soins dentaires en fonction de la formule retenue, selon les modalités détaillées dans le tableau de garanties figurant en annexe : soins, parodontologie et actes dentaires (soins, prophylaxie bucco-dentaire, endodontie) pris en charge par la Sécurité sociale.

- Prothèses hors 100% Santé remboursée par la Sécurité Sociale

- inlays - onlays pris en charge par la Sécurité sociale,

- prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale : couronnes, bridges et inter de bridges, couronnes sur implant, Prothèses dentaires amovibles (y compris transitoires), Réparations sur prothèses et inlay- core,

- **Implants et piliers sur implants** : le forfait est annuel.

- **Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale** : L'orthodontie « enfants » concerne les enfants âgés de moins de 16 ans à la date de début du traitement. Elle est prise en charge dès la première année d'adhésion. Le remboursement sera toutefois calculé au prorata pour le traitement semestriel déjà en cours à la date de prise d'effet.

- **Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale** : l'orthodontie « des adultes » est prise en charge pour les traitements qui débutent après le 16ème anniversaire.

* **Aides Auditives**

- Jusqu'au 31 décembre 2020, les frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour les aides auditives de classe I et II

- A compter du 1er janvier 2021, les aides auditives 100% santé : sont pris en charge les Frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour les aides auditives classe I telles que visées à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente en application de l'article L.165-3 du code de la Sécurité sociale, que les audioprothésistes s'engagent à respecter

- A compter du 1er janvier 2021, la prise en charge des frais exposés par l'assuré pour l'acquisition d'une aide auditive autre que 100% Santé (de classe II) dans la limite du montant fixé par l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale par aide auditive.

Le plafond inclut la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire hors prestations annexes tels que les consommables, piles et accessoires.

Conditions de renouvellement à compter du 1er janvier 2021: La prise en charge d'appareil auditif, 100% santé ou Hors 100% santé est limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans suivant la date de facturation de cet appareil. Si l'assuré a bénéficié d'une prise en charge au titre de l'aide auditive antérieurement au 1er janvier 2021, alors le délai court à compter de la date de facturation du dernier appareil.

* **Allocation naissance ou adoption :**

Une allocation forfaitaire de naissance ou d'adoption est versée si l'enfant est inscrit dans les deux mois suivant sa naissance (ou son adoption) au titre de l'adhésion de l'un des parents, déjà adhérent au présent règlement au moment de la naissance ou de l'adoption... Ce forfait est multiplié par le nombre d'enfants nés en cas de naissance multiple.

* **Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale :**

Les honoraires de surveillance, les frais de thermes, l'hébergement et les frais de transport donnant lieu à intervention de la Sécurité sociale sont pris en charge à hauteur du Ticket Modérateur dans la limite des frais réellement engagés.

Les frais de transport et d'hébergement ayant fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale sont pris en charge au titre du poste « cures thermales » à hauteur du ticket modérateur puis, au titre du forfait « transport et hébergement », dans la limite des frais réels engagés.

Les frais de transport sont calculés sur la base du tarif SNCF 2ème classe. Le forfait « transport et hébergement » est annuel par bénéficiaire.

La mutuelle prend en charge, dans la limite des frais engagés sur présentation d'une facture ou d'un contrat de location, les frais d'hébergement de type camping, hôtel, logement meublé en location temporaire, maison d'hôte, gîte. En cas de réservation par Internet (Airbnb, Abritel, de particulier à particulier...), une copie du bon de réservation est à présenter. Cependant, le remboursement des frais correspondants ne pourra s'opérer qu'à compter du 1er jour d'entrée dans les lieux du logement.

La mutuelle ne prend pas en charge les frais de logement résultant d'un hébergement en résidence principale ou secondaire du membre participant ou de l'un de ses ayant droit ainsi que les frais d'hébergement dans le cadre d'un hébergement familial ou amical.

* **Médecine alternative :**

Sont prises en charge partiellement des pratiques médicales non encore reconnues par la sécurité sociale. Cette prise en charge concerne exclusivement les actes pratiqués par les ostéopathes, les chiropracteurs, les sophrologues, les acupuncteurs, la naturopathie, les nutritionnistes et les homéopathes.

Le praticien doit être titulaire d'un diplôme reconnu pour cette spécialité et inscrit à ce titre, au répertoire ADELI.

Un forfait par séance est remboursé, sur présentation de la facture détaillée. Le nombre de séances et le montant pris en charge chaque année varient selon la garantie souscrite.

* **Prévention**

Les actes de prévention prévus par l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale sont pris en charge par la Mutuelle au titre de chaque poste de garanties concerné par ces actes.

Traitement antitabac (médicaments d'aide à l'arrêt du tabac, recommandés par la Haute Autorité de Santé, à l'exclusion de la cigarette électronique) : forfait annuel dans la limite des frais engagés.

* **Assistance et Téléconsultation**

Les prestations d'assistance et de téléconsultation, décrites dans les Conditions Générales valant notice d'information dénommées « ASSISTANCE SANTE A DOMICILE » et Référencée « Convention n°753734 » annexées au présent règlement sont incluses dans les garanties souscrites par le membre participant.

Elles sont assurées par AUXIA Assistance.

9.4 Soins engagés hors de France

Les garanties sont étendues aux actes et frais de santé engagés à l'étranger, dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention bilatérale avec la France, dans la mesure où le régime obligatoire d'assurance maladie français les prend en charge.

La Mutuelle intervient en complément des Bases de Remboursement de la Sécurité sociale française éventuellement reconstituées et selon les garanties prévues au présent règlement, sous réserve de recevoir le décompte original de la Sécurité sociale française et les factures détaillées des soins, éventuellement traduites.

9.5 Tiers-payant généralisé

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes réglementaires d'application, l'organisme assureur met à la disposition du membre participant et ses ayants droit un service de dispense d'avance de frais de santé (tiers-payant) sur l'ensemble des garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité.

L'utilisation du tiers-payant auprès du professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Sauf mention particulière sur la carte de tiers-payant, la dispense d'avance de frais est limitée au tarif de responsabilité. Le membre participant et ses ayants droit doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Le membre participant et ses ayants droit qui n'utilisent pas leur carte de tiers-payant ou se voient refuser ce service par le professionnel de santé doivent demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursés par l'organisme assureur.

ARTICLE 10 – DISPOSITIONS PARTICULIERES A CERTAINES GARANTIES

10.1 Fonds social

Le membre participant peut demander un secours exceptionnel à la Mutuelle. Ces secours sont accordés dans la limite d'un budget fixé chaque année par l'Assemblée Générale.

La demande sera adressée au président de la Mutuelle et devra préciser, par écrit, l'objet et le montant de la prise en charge sollicitée. Tous autres documents utiles pourront être demandés pour compléter l'examen du dossier.

10.2 Sports-Loisirs

Les prestations « Sports-loisirs », décrites dans la notice d'information annexée au présent règlement sont incluses dans les garanties souscrites par le membre participant.

Ces garanties sont souscrites par VITALMUT - 27 rue de la Paix – 74000 Annecy – auprès des assureurs indiqués dans ladite notice.

TITRE III - COTISATIONS

ARTICLE 11 - MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont forfaitaires, individuelles -par bénéficiaire- et exprimées en euros.

Elles ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé, de la nature de l'emploi et du sexe du membre participant.

Elles sont établies par âge c'est-à-dire qu'il y a changement de cotisation au 1er janvier de l'année au cours de laquelle intervient le changement d'âge du bénéficiaire.

L'âge se calcule en faisant la différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

Le rapport entre la cotisation - hors participation - due par le membre participant âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé, et la cotisation due par le membre participant âgé de plus de trente ans acquittant le montant le moins élevé, ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques, et pour une formule de garanties comparable, compte non tenu de la majoration de cotisation pour adhésion tardive du membre participant décrite ci-après.

Majoration de cotisations pour adhésion tardive :

Lorsque l'adhésion du membre participant est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique, la cotisation est majorée d'un coefficient tel que défini par les dispositions de l'arrêté du 08 novembre 2011 relatif aux majorations de cotisations.

Pour les agents déjà en fonction au 10 novembre 2011 et les retraités, la cotisation n'est majorée qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste des contrats et règlements labellisés.

En tout état de cause, les périodes antérieures au 10 novembre 2011 ne font pas l'objet de majoration.

Cotisation « enfant » :

La cotisation « enfant » s'applique jusqu'au 31 décembre du 25ème anniversaire. Au-delà de cette date, les enfants payent une cotisation en fonction de leur âge.

Pour les enfants jusqu'à 25 ans inclus, tels que définis à l'article 8.2, la Mutuelle accorde la gratuité de la cotisation à partir du 3ème enfant âgé de 25 ans au plus inscrit au contrat.

ARTICLE 12 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations et, s'il y a lieu, les taxes y afférentes selon la réglementation en vigueur, sont appelées pour l'ensemble des garanties auprès du membre participant et sont payables d'avance selon les modalités fixées sur le bulletin d'adhésion.

Elles sont payées mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement d'avance par prélèvement automatique sur votre compte bancaire.

La Mutuelle accepte également que les cotisations soient payées par chèque, celles-ci sont alors payées annuellement d'avance avec une date d'échéance fixée au 5 du premier mois de l'année civile

Dans l'hypothèse où la participation financière de la collectivité territoriale employeur est versée directement à la Mutuelle, celle-ci fait apparaître sur l'appel de cotisation du membre participant le montant total des cotisations (en distinguant la part de cotisations relative aux garanties « Santé » de celle relative aux autres garanties le montant de l'aide versée ainsi que le montant de la cotisation restant dû par le membre participant).

Les cotisations pourront également faire l'objet d'un pré-compte sur traitement en accord avec l'employeur et selon les modalités fixées sur le Bulletin d'Adhésion

Le membre participant perdra le droit au mode de paiement par prélèvement automatique et devra s'acquitter immédiatement du solde de sa cotisation en cas de rejet de prélèvement pour provision insuffisante.

Si la date d'adhésion du membre participant ne coïncide pas avec le 1er janvier de l'année civile, les cotisations sont calculées au prorata du nombre de mois restant à courir jusqu'à la fin de l'exercice.

Tout mois commencé est dû intégralement.

ARTICLE 13 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, l'adhésion du membre participant ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception ou par recommandé électronique, adressé par la Mutuelle au membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de l'adhésion, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisations, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier l'adhésion dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu au premier alinéa.

L'adhésion non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à l'échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement (article L. 221-7 du Code de la Mutualité).

Dans tous les cas, la Mutuelle poursuivra par tous les moyens de droit le recouvrement des cotisations arriérées. Il est de convention expresse que toutes les contestations ou poursuites, devront être portées devant les Tribunaux compétents au siège social de la Mutuelle, en l'absence de clause légale attributive de compétence. Éventuellement en cas de notification tardive de changement de situation, les honoraires d'huissiers restent à la charge du membre participant. Dans tous les cas où la Mutuelle est amenée à exercer des poursuites pour assurer le recouvrement des cotisations arriérées, il est expressément convenu que le principal des cotisations sera majoré des frais exposés, évalués forfaitairement à 15%.

ARTICLE 14 - EVOLUTION DES COTISATIONS

14.1. Indexation de la cotisation

La cotisation est indexée au 1er janvier de chaque année, en fonction du rapport de la dernière évolution connue de la Consommation Médicale Totale publiée dans les Comptes Nationaux de la Santé et des conditions prévues à l'article 3 « Révision du règlement ».

14.2. Révision de la cotisation

Conformément à l'article 3 du présent règlement, la cotisation peut être modifiée en cours d'année en cas d'évolution réglementaire ou chaque 1er janvier en cas d'évolution des résultats du règlement.

En outre, la cotisation est révisée au 1er janvier de chaque année selon l'âge de chaque bénéficiaire à cette même date. L'âge des bénéficiaires est calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et l'année civile en cours.

TITRE IV - VERSEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 15 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

15.1 Paiement des cotisations

Pour que le membre participant puisse bénéficier des prestations, celui-ci doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre de son adhésion au présent règlement.

15.2 Demandes de prestations

Les membres participants et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations du présent règlement, de fournir à la Mutuelle les déclarations et pièces justificatives listées dans l'annexe au présent règlement.

La Mutuelle se réserve le droit de demander au membre participant ou bénéficiaire toute autre pièce justificative et notamment celle établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande de prestations (inscription sur des registres nationaux, N° d'inscription Adeli etc ...).

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

Garantie Frais de santé

Les demandes de prestations Frais de santé accompagnées des documents justificatifs doivent, sous peine de déchéance des droits à indemnisation, être produites à la Mutuelle dans un délai maximum de deux ans suivant la date du décompte de sécurité sociale (ou la date de survenance des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale).

15.3 Justificatifs et contrôles

Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le Bénéficiaire a la possibilité d'adresser par voie postale tout document comportant ce type de données, sous pli cacheté portant la mention «Confidentiel», à l'attention de Monsieur le Médecin-conseil - Centre de Service Prestations Santé dont l'adresse figure sur sa carte de tiers-payant.

La Mutuelle peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge. Si le bénéficiaire refuse de se soumettre à cette expertise, les actes, prescriptions et généralement toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise ne donneront pas lieu à prise en charge ou feront l'objet d'une restitution des sommes indûment versées.

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 contestation des conclusions de l'expertise, le bénéficiaire devra adresser au médecin conseil ou dentiste consultant de la Mutuelle, dans les trente jours suivants la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés.

Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal compétent de la résidence du membre participant, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par les deux parties.

En fonction des conclusions, l'organisme assureur pourra ne pas assurer la prise en charge ou réclamer la restitution des sommes indûment versées.

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de la Mutuelle se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du Membre participant. La Mutuelle peut également demander tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après paiement des prestations, y compris après résiliation du contrat.

Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat et inscrits sur des registres nationaux.

ARTICLE 16 - DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS FRAIS DE SANTE

La Mutuelle verse généralement ses prestations Frais de santé, par virement sur le compte bancaire ou postal du membre participant :

- dans les 48 heures en cas de traitement automatique des remboursements (télétransmission des décomptes par les Caisses d'Assurance Maladie) ;

- dans les 5 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au règlement en cas de traitement manuel des remboursements ; délai de poste ou bancaire non compris.

Ce délai est donné à titre indicatif et ne saurait en aucun cas engager la responsabilité de la Mutuelle.

TITRE V - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 17 - ADHESION AU REGLEMENT A DISTANCE

La Mutuelle propose également l'adhésion au règlement de façon dématérialisée.

A cet effet, le membre participant devra disposer d'une adresse de courrier électronique et d'un numéro de téléphone mobile personnel, portés à la connaissance de la Mutuelle.

Des moyens de sécurité sont mis en place pour garantir la confidentialité des données (cryptage, conditions d'accès sécurisées). Pour vérifier que ces moyens sont opérationnels, la mention « https » apparaît dans la barre d'adresse du navigateur ainsi qu'un cadenas en icône.

Après avoir recueilli les exigences et besoins formulés par le membre participant, la Mutuelle envoie à ce dernier par courrier électronique, le bulletin d'adhésion, ainsi que les dispositions contractuelles applicables.

Une phase d'adhésion dématérialisée lui est alors proposée. Dans ce cadre et afin de lui permettre de signer électroniquement les documents relatifs à son contrat, le membre participant devra télécharger au préalable sa carte d'identité en cours de validité.

A l'issue de cette phase, le bulletin d'adhésion et le mandat SEPA sont signés électroniquement.

La signature électronique du membre participant emporte acceptation de sa part de l'ensemble des caractéristiques de l'adhésion et autorise la Mutuelle à prélever les cotisations directement sur son compte bancaire.

Le bulletin d'adhésion signé ainsi que l'ensemble des documents contractuels précités sont envoyés au membre participant par courrier électronique.

L'adhésion prendra effet conformément aux modalités définies à l'article 3 du présent document et sera confirmée par l'envoi du certificat d'adhésion à l'adresse postale du membre participant.

L'adhésion est archivée dans des conditions de nature à garantir sa sécurité et son intégrité dans le temps.

La numérotation des articles suivants est modifiée en conséquence.

ARTICLE 18 - RECOURS SUBROGATOIRE

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à la Mutuelle dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. La Mutuelle se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Cette action en recours s'exerce dans la limite des dispositions de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, la Mutuelle n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

ARTICLE 19 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Lorsque l'action du membre participant, du bénéficiaire 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, le bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code Civil,
- la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception par l'Assureur au Souscripteur en vue d'obtenir le paiement de cotisations,
- de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception par le Souscripteur ou ses ayants droit à l'Assureur en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.

ARTICLE 20 – FAUSSE DECLARATION

Fausse déclaration

Les déclarations du membre participant servent de base à l'application des garanties.

L'assurance est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation de la Mutuelle. La Mutuelle doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées restent acquises.

Fausse déclaration non intentionnelle

En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, la Mutuelle peut :

- si elle est constatée avant tout sinistre : augmenter la cotisation ou résilier l'adhésion,
- si elle est constatée après tout sinistre : réduire le montant de l'indemnité proportionnellement à la cotisation payée par rapport à celle qui aurait été due si la Mutuelle avait eu en sa possession la déclaration exacte et complète.

ARTICLE 21 – DECHEANCE

Le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre (survenance des soins) concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations,

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de la Mutuelle

ARTICLE 22 - ADHESION AU REGLEMENT A DISTANCE - INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

22.1 Coût lié à l'utilisation de la technique de communication à distance

L'adhésion au présent règlement par le biais d'une ou plusieurs techniques de communication à distance est soumise aux conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée par le membre participant, dont le coût est supporté par ses soins.

22.2 Loi applicable

La loi française est la loi sur laquelle se fonde la Mutuelle pour établir les relations précontractuelles avec le membre participant, ainsi que celle applicable au présent règlement notamment pour son interprétation ou son exécution. Compétence exclusive est attribuée aux tribunaux civils français.

22.3 Langue utilisée

La Mutuelle et le membre participant conviennent de l'utilisation de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion du membre participant au présent règlement.

22.4 Fonds de garantie

Le membre participant est informé de l'existence du fonds de garantie des assurés contre la défaillance des Mutuelles et unions de Mutuelles relevant du livre II du Code de la Mutualité, fonds visé aux articles L431-1 et suivants dudit code.

ARTICLE 23 – DEMANDE D'INFORMATIONS – RECLAMATION - MEDIATION

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le membre participant et/ ou ses ayants droit peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller ou contact habituel.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée comme suit : reclamation@radiance.fr ou à l'adresse Radiance Mutuelle - Service Réclamations - 55 allée Albert Sylvestre – 73026 Chambéry Cedex.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, le membre participant et/ou ses ayants droit peuvent, dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à la Mutuelle, sans préjudice du droit d'agir en justice, s'adresser au médiateur de la mutualité française à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), 255 rue de Vaugirard, 75719 PARIS Cedex 15 ou par voie électronique : <https://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/la-federation/la-mediation>.

Le règlement de la médiation de la Mutualité Française est communiqué aux MEMBRES PARTICIPANTS sur simple demande.

La saisine du Médiateur de la Mutualité Française interrompt la prescription

ARTICLE 24 - CONTROLE DE LA MUTUELLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution – 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 9.

ARTICLE 25 - DISPOSITIONS DIVERSES

25.1 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle :

- le présent règlement et ses annexes,
- le bulletin d'adhésion dûment complété et signé par le membre participant,
- le certificat d'adhésion.

En cas de contradiction entre les dispositions du bulletin d'adhésion et celles du certificat d'adhésion, ce sont celles du certificat d'adhésion qui l'emportent.

Les titres des articles du règlement n'ont qu'une valeur classificatoire.

L'adhésion exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet de l'adhésion.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions de ce règlement serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du règlement.

Toute modification du présent règlement sera notifiée au membre participant.

25.2 Confidentialité

La Mutuelle est tenue à la confidentialité des informations dans la mesure où elle gère, pour l'exécution du règlement, des informations ressortant de la vie privée et/ou à caractère médical.

25.3 Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/ 679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), le membre participant et les bénéficiaires sont informés par «Radiance Mutuelle », ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel du membre participant et des ayants droit peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis du membre participant et des ayants droit sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le membre participant et les ayants droit;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification du membre participant et des ayants droit;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des organismes, mis en œuvre par l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA) ;
- la proposition à l'assuré et aux bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination du membre participant et des ayants droit.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles du membre participant et des ayants droit pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Malakoff Humanis utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») du membre participant et des ayants droit pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel du membre participant et des ayants droit sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé du membre participant et des ayants droit sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données à caractère personnel du membre participant et des ayants droit ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé du membre participant et des ayants droit sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles

types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec le membre participant et les ayants droit varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données du membre participant et des ayants droit et à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Le membre participant et les ayants droit disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Le membre participant et les ayants droit disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, le membre participant et les ayants droit disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Le membre participant et les ayants droit disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

ANNEXE AU REGLEMENT MUTUALISTE COSAE TERRITORIAUX

Les demandes de prestations doivent être adressées à la Mutuelle dans un délai de 2 ans à compter de la date des soins, tel que prévu à l'article « Prescription »

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives suivantes :

Traitement via Noémie	Justificatifs à fournir
Hospitalisation	Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés
Soins courants	Aucun document
Cure thermique	Facture acquittée mentionnant les dépenses extra légales et les frais de transport et d'hébergement
Optique	Facture détaillée et acquittée accompagnée de la prescription médicale. En cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue, la prescription initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue
Dentaire	Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés
Aide auditive	Facture détaillée et acquittée accompagnée de la prescription médicale
Maternité	Photocopie du livret de famille ou acte de naissance
Adoption	Copie du jugement d'adoption plénière

Traitement hors Noémie	Justificatifs à fournir
Soins remboursés par la Sécurité sociale	Décompte original de la Sécurité sociale complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur.
Soins non remboursés par la Sécurité sociale	Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et rappelant selon le cas le numéro de SIRET, ADELI
Pharmacie prescrite et non remboursée par la sécurité sociale	Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit
Vaccin antigrippal non remboursé	Prescription et facture acquittée et détaillée

La Mutuelle se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaires y compris après paiement des prestations.

Toute somme indûment versée sera réclamée par la Mutuelle.

Radiance Mutuelle, mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 483 747 333 dont le siège social est à Lyon (69006) 95 rue Vendôme.