

ORGANISME DIFFUSEUR

MUTUELLE DES SERVICES PUBLICS
Maison de la Mutualité - 1, rue François Moisson
13002 MARSEILLE

N° RNM 782 825 368

ORGANISME ASSUREUR

MUTUELLE DE FRANCE PREVOYANCE
447, avenue de Jouques Bâtiment C1
AUBAGNE CEDEX 143 617
Téléphone : 04 42 18 02 50 / Télécopie : 04 42 18 02 51
mfp@france-prevoyance.fr
N° RNM 383 143 617

NOTICE D'INFORMATION valable à compter du 1^{er} janvier 2011**CONTRAT GARANTIE COLLECTIVE N°13014INJ07**
Indemnités journalières en inclusion

Vous êtes couvert au titre d'une garantie Santé de la Mutuelle des Services Publics, vous êtes employé dans une Collectivité Territoriale ou une Administration Publique, vous avez le statut d'agent de la Fonction Publique Territoriale et êtes en activité effective à la signature du contrat et présent à votre poste de travail. Vous bénéficiez de la garantie « Indemnités journalières » dont les caractéristiques sont décrites ci-après.

Votre conjoint peut être également bénéficiaire de la garantie s'il est lui-même couvert au titre d'une garantie Santé de la Mutuelle des Services Publics et s'il est employé dans une Collectivité Territoriale ou une Administration Publique et qu'il a le statut d'agent de la Fonction Publique Territoriale.

Ce contrat a été souscrit par la Mutuelle des Services Publics conformément à l'article L.221-3 du Code de la Mutualité.

PRESTATIONS GARANTIES : INDEMNITES JOURNALIERES :

L'organisme assureur garantit à l'adhérent en cas d'arrêt de travail :

- ➔ **Point de Départ de la Garantie** : Maladie Ordinaire : à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu, et sous réserve du passage en demi-traitement.
- ➔ **Limite au service des Prestations** : Maladie ordinaire : au 365^{ème} jour d'arrêt de travail, ou dès la mise en retraite, et au plus tard au 65^{ème} anniversaire. La durée d'indemnisation ne pourra excéder 275 jours
- ➔ **Montant des Prestations** : 20 % du traitement indiciaire brut.

En cas d'épuisement du crédit, pour qu'un adhérent puisse bénéficier d'une nouvelle indemnisation, il faut qu'il ait repris son activité, depuis 1 an entre le dernier jour du 1^{er} arrêt de travail et le 1^{er} jour du 2^{ème} arrêt de travail (idem pour les arrêts suivants).

CONSEQUENCES D'UNE RESILIATION

Les présentes garanties sont indissociables de l'offre SANTE proposée par la Mutuelle des Services Publics. Aussi, en cas de résiliation par l'adhérent ou par la Mutuelle des Services Publics de la garantie SANTE, les présentes garanties seront elles-mêmes résiliées.

En cas de résiliation de la convention de diffusion de garanties en inclusion à une garantie SANTE passée entre la Mutuelle de France Prévoyance « organisme assureur » et la Mutuelle des Services Publics « organisme diffuseur » et ce quel qu'en soit le motif, la mise en œuvre des garanties cessera en tout état de cause au terme du contrat en inclusion.

En cas de résiliation du présent contrat soit par la Mutuelle de France Prévoyance, « organisme assureur » ou par la Mutuelle des Services Publics organisme diffuseur », et ce quel qu'en soit le motif, la mise en œuvre des garanties cessera au terme du contrat en inclusion.

CONTROLE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Afin que soit apprécié l'état d'incapacité, l'organisme assureur se réserve le droit de demander à l'Assuré de se soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin désigné par lui qui pourra diligenter les enquêtes qu'il jugera utiles. Les prestations seraient alors maintenues, réduites ou supprimées, en fonction du résultat de l'expertise, et ce, quelle que soit la décision du Comité Médical ou de la Sécurité sociale, l'adhérent gardant toute possibilité de contestation.

En cas de contestation sur l'état d'incapacité, le Médecin traitant ou un Médecin désigné par l'adhérent et le Médecin Conseil de la Mutuelle de France Prévoyance choisissent ensemble un troisième Médecin pour la contre-expertise. L'adhérent règle le montant des honoraires de celle-ci.

Si son avis devait donner raison à l'adhérent, la Mutuelle de France Prévoyance supporterait seule les honoraires et rembourserait l'adhérent du montant des honoraires des deux derniers examens.

Le service des prestations peut également être suspendu si l'intéressé se refuse à subir le contrôle médical ou fournir toutes pièces justificatives demandées par la Mutuelle de France Prévoyance.

PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des opérations relevant de l'application du présent contrat sont prescrites 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 du fait de l'adhérent ou du souscripteur que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance.
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

DECHEANCE

En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle du souscripteur, l'organisme assureur décide la suspension immédiate du service des prestations et fait procéder à une enquête au cours de laquelle celui-ci est invité à fournir des explications. Si les résultats de cette enquête confirment les faits reprochés au souscripteur, l'organisme assureur peut décider, compte tenu de la gravité de la faute, la suspension définitive du service des prestations pendant une période déterminée ou l'annulation pure et simple, partielle ou totale, des droits aux prestations sans préjudice des poursuites à engager contre le souscripteur reconnu coupable pour la récupération des sommes indûment payées. En tout état de cause, les cotisations antérieurement versées par l'intéressé demeurent acquises à l'organisme assureur.

CLAUSE D'ERREUR

L'organisme assureur peut, à tout moment, faire procéder à la vérification sur place de l'exactitude des documents produits par l'entreprise adhérente à l'appui du versement des cotisations, notamment par la consultation du registre du personnel et des écritures comptables.

En cas d'omission, d'erreur ou d'inexactitude du fait du souscripteur dans l'application du contrat ayant entraîné un préjudice pour l'organisme assureur, ledit contrat pourra faire l'objet d'une résiliation immédiate. L'organisme assureur cessera le paiement des prestations à la date de résiliation qui sera signifiée par lettre recommandée. La résiliation ne donne pas droit au remboursement des cotisations encaissées. Par ailleurs, s'il est démontré qu'une prestation a été attribuée à tort sur la production de documents erronés ne mettant pas en cause la bonne foi du souscripteur, le service des prestations est supprimé à l'expiration d'un délai de 3 mois suivant la date à laquelle la suspension est notifiée par lettre recommandée.

SUBROGATION

L'organisme assureur est subrogé de plein droit aux membres du groupe signataire victimes d'un accident dans leur action contre le tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

Les garanties sont mises en œuvre à l'initiative de l'adhérent ou de ses ayants droit qui présentent à l'appui de leur demande les justificatifs nécessaires. Une fois établi le droit à prestations, celles-ci sont versées par l'organisme assureur au souscripteur qui se charge de les reverser au bénéficiaire.

RISQUES NON GARANTIS

Le contrat garantit les adhérents dans tous les cas, et sous les réserves suivantes : en cas de guerre, les garanties prévues au présent contrat n'auront d'effet que dans les conditions déterminées par la législation telle qu'elle interviendra dans ce cas pour les assurances- vie.

CESSATION DES PRESTATIONS

La Mutuelle cesse le paiement des prestations du jour où :

- La Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières des agents territoriaux
- L'adhérent atteint son 65^{ème} anniversaire
- L'adhérent entre en jouissance d'une pension vieillesse, et au plus tard au 65^{ème} anniversaire,
- Lors de la reprise de son activité
- Lors de l'épuisement des droits statutaires.

RISQUES EN COURS – CONDITIONS D'ADMISSION

Adhérents de la Mutuelle déjà en ½ salaire lors de la date d'effet du contrat : Pas de prise en charge au titre de l'arrêt en cours

Adhérents de la Mutuelle passant en ½ salaire après la date d'effet du contrat : Prise en charge

Nouvelle adhésion :

- Ne pas être en arrêt de travail lors de la signature du contrat
- Pas de questionnaire médical
- Pas de stage
- Pas de limite d'âge

DELAI DE FORCLUSION

Les demandes d'indemnités journalières doivent être effectuées, sous peine de forclusion, dans un délai de 6 mois à compter du passage en ½ traitement.

ETENDUE DES GARANTIES

Le contrat a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières les salariés momentanément dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté et qui perçoivent des indemnités journalières de la Sécurité sociale ou de la collectivité territoriale qui les emploie.

Le Traitement de Base Indiciaire Brut mensuel du mois dans lequel se situe le passage en ½ salaire de l'adhérent sert de base aux prestations, que l'adhérent soit titulaire, stagiaire ou non titulaire et qu'il exerce ses fonctions à temps complet, à temps partiel, la base est calculée au prorata de la quotité de travail effectué.

Limite aux prestations : le montant de l'indemnité journalière est défini aux conditions particulières, en aucun cas il ne peut être supérieur à la rémunération qu'aurait touchée l'adhérent s'il avait continué de travailler.

Rechute médicalement constatée : le délai de carence prévu aux conditions particulières n'est pas appliqué en cas de rechute médicalement constatée, sous réserve que celle-ci intervienne au plus tard dans un délai de 12 mois après la reprise d'activité.

Droits rétablis

En cas de congés de Longue Maladie ou de Longue Durée, l'agent s'engage à rembourser à la Mutuelle de France Prévoyance, les prestations qui lui ont été versées à tort, pour les périodes où son salaire est maintenu.

Dans l'attente de la décision du Comité Médical Départemental, qui doit être saisi à compter du 6^{ème} mois d'arrêt de travail continu, la Mutuelle de France Prévoyance, afin de ne pas pénaliser l'adhérent, procédera de la manière suivante :

- A compter du 1^{er} jour du 7^{ème} mois, et ce jusqu'au 9^{ème} mois d'arrêt de travail continu, la Mutuelle de France Prévoyance versera 50 % de la prestation initialement prévue.
- A compter du 1^{er} jour du 10^{ème} mois, dans la mesure où l'avis du comité médical ne nous est pas parvenu, la Mutuelle de France Prévoyance suspendra le paiement de la prestation.

Déclaration des arrêts de travail, pièces à fournir

Chaque arrêt de travail ouvrant droit à prestation doit être fourni à la Mutuelle de France Prévoyance dans les 90 jours de son établissement (ainsi que les prolongations). Le non respect de ce délai entraînant un report d'indemnisation au lendemain du jour de réception de l'arrêt (le cachet de la poste faisant foi).

Agents Territoriaux :

- L'arrêt de travail (à fournir dans les 90 jours)
- Les bulletins de salaires des mois sur lesquels figurent les périodes à ½ traitement
- L'arrêté municipal notifiant le passage en ½ traitement
- La demande de mise en incapacité (fournie par la Mutuelle de France Prévoyance)
- La décision du Comité Médical Départemental (intervenant le 7^{ème} mois)
- L'attestation de reprise de travail ou de positionnement en maladie
- Toutes pièces nécessaires au traitement du dossier (rapport de police en cas d'accident, certificats médicaux complémentaires...)

Agents assujettis au régime de Sécurité sociale :

- L'arrêt de travail (à fournir dans les 90 jours)
- Les décomptes de Sécurité sociale
- La décision du Comité Médical Départemental (intervenant le 7^{ème} mois)
- L'attestation de reprise de travail ou de positionnement en maladie
- Toutes pièces nécessaires au traitement du dossier.

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les renseignements concernant l'agent figurent pour certains d'entre eux sur des fichiers à l'usage de l'organisme assureur. Conformément à la Loi du 6 janvier 1978, l'agent peut en demander la communication ou la rectification en s'adressant à : Mutuelle de France Prévoyance - Site d'Activités Les Paluds II - Pôle Performance Bât. C1 - 447, Avenue de Jouques - BP 1401 - 13785 AUBAGNE Cedex

Pour tout renseignement, veuillez vous adresser à la Mutuelle des Services Publics :

Aix-en-Provence : 04 42 23 21 32

Arles : 04 90 93 09 25 / 04 90 49 36 38

Aubagne : 04 42 18 19 77

Istres : 04 42 55 13 89

Marseille : 04 91 99 07 07

Miramas : 04 90 17 30 71