



Mutuelle
Ociane Matmut

**CONDITIONS GENERALES
REGIME CONVENTIONNEL DE FRAIS DE SANTE
À ADHESION OBLIGATOIRE**

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DES ACTEURS DU LIEN SOCIAL ET FAMILIAL
DU 4 JUIN 1983**

IDCC n° 1261

CG Oblig-ALISFA-FM-01-2021

SOMMAIRE

Préambule	3
Titre I. Dispositions Communes	3
Chapitre I. Objet, date d'effet, durée et reconduction du contrat	3
Chapitre II. Membres participants	4
Chapitre III. Ouverture, suspension, maintien et cessation des garanties	5
Chapitre IV. Obligations des parties	8
Chapitre V. Cotisations	9
Chapitre VI. Sauvegarde, résiliation et contrôle	10
Chapitre VII. Autres dispositions	11
Titre II. Définition des garanties et prestations « Frais de santé »	13
Chapitre VIII. Etendue des garanties	13
Chapitre IX. Modalités de calcul des prestations	15
Chapitre X. Modalités de paiement des prestations	19
Annexe I. Maintien des garanties	20
A. En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation	20
B. Salariés privés d'emploi et indemnisés auprès de l'Assurance chômage	21
C. Anciens salariés (prolongation de garanties - Loi « EVIN »)	22
Annexe II. Tableaux des garanties	24
Annexe III. Coordonnées des organismes assureurs	29

PREAMBULE

Par avenant n° 06-20 du 8 octobre 2020 à la **Convention Collective Nationale des Acteurs du Lien Social et Familial du 4 juin 1983**, les partenaires sociaux de la branche ont instauré un nouveau régime mutualisé de remboursement complémentaire de frais de santé applicable à l'ensemble des salariés inscrits aux effectifs des entreprises relevant du champ d'application de ladite Convention.

L'accord prévoit un régime de base conventionnel et deux niveaux de régime optionnel.
La mise en place du niveau de garantie obligatoire est laissée à l'initiative de l'entreprise.
Les salariés y sont alors affiliés à titre **obligatoire**.

Les présentes Conditions Générales associées aux Conditions Particulières ou Certificat d'adhésion obligatoirement joints organisent la mise en œuvre de ce Contrat dénommé contrat d'assurance.

TITRE I : DISPOSITIONS COMMUNES

CHAPITRE I. OBJET, DATE D'EFFET, DUREE ET RECONDUCTION DU CONTRAT

ARTICLE 1. OBJET

Le Contrat d'assurance collective à adhésion **obligatoire** est conclu entre :

- d'une part, l'entreprise dont l'activité relève de la branche **des Acteurs du Lien Social et Familial (ALISFA)**, indiquée aux Conditions Particulières ou au certificat d'adhésion, et ci-après dénommée « **Entreprise** » ;
- et d'autre part, l'un des « **Organismes assureurs** » ou groupement de co-assurance recommandés par les partenaires sociaux dans l'avenant 6-20, suivants :
 - Soit le groupement de co-assurance APICIL Prévoyance / SOLIMUT Mutuelle de France :
APICIL Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° 321 862 500,
Siège social : 38 rue François Peissel - 69300 CALUIRE et CUIRE.

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°383 143 617,
Siège social : sis Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille.
 - **Soit AESIO Mutuelle**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391,
Siège social : 4 rue du Général Foy – 75008 PARIS
 - **Soit HARMONIE MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473,
Siège social : 143 rue Blomet – 75015 PARIS
 - **Soit MUTUELLE OCIANE MATMUT**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 434 243 085,
Siège social : 35 rue Claude Bonnier – 33054 BORDEAUX Cedex

L'entreprise choisit l'organisme assureur ou le groupement de coassurance auprès duquel elle souhaite souscrire le contrat. L'organisme assureur retenu est l'interlocuteur unique de l'entreprise et des salariés, et est ci-après dénommé « **l'organisme assureur** », le cas échéant représenté par « **l'organisme gestionnaire** ».

Dès lors que l'entreprise aura choisi librement l'assureur de ses garanties collectives obligatoires, elle devra souscrire auprès du même organisme assureur, le contrat collectif à adhésion facultative.

Ces deux contrats collectifs constituent l'ensemble contractuel qui met en œuvre le régime frais de santé de la convention collective nationale des Acteurs du Lien Social et Familial. Ils sont nécessairement liés.

Les salariés ainsi affiliés au contrat deviennent soit **participants** de l'Institution soit **membres participants** de la Mutuelle auprès de laquelle ont été souscrits les contrats (ils ne deviennent pas membres de l'ensemble des organismes assureurs). Pour une meilleure lecture, les salariés seront appelés membres participants dans la suite du texte.

Le présent Contrat a pour objet de compléter les prestations en nature versées par la Sécurité sociale en remboursement, dans la limite des frais réellement engagés, des frais médico-chirurgicaux occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, selon le choix de Régime retenu par l'entreprise dans le cadre du régime de Base et/ou du régime de Base et du régime Optionnel souscrit à titre obligatoire, dont les garanties sont définies aux Conditions Particulières ou certificat d'adhésion joints et ce au profit des salariés obligatoirement affiliés au présent contrat.

Outre le remboursement des prestations médico-chirurgicales, les membres participants bénéficient du tiers payant, et de l'accès aux œuvres sociales et services éventuellement proposés par l'organisme assureur auxquels ils sont affiliés. Ces derniers feront l'objet d'un document annexé au contrat.

En complément, les membres participants pourront bénéficier des prestations du Fonds d'Action Sociale mis en place par l'avenant n° 02-15.

Les entreprises adhérentes au Contrat et relevant de la Convention Collective Nationale des Acteurs du Lien Social et Familial affilient leurs salariés en vue de garantir, lors de la réalisation des risques, le versement des prestations garanties, selon les modalités définies ci-après.

Les résultats de l'ensemble des contrats souscrits par les entreprises de la branche font l'objet d'une mutualisation dans le cadre d'une convention liant les organismes assureurs qui précise les modalités d'établissement des comptes de cette mutualisation.

ARTICLE 2. DATE D'EFFET, DURÉE ET RECONDUCTION

Le Contrat prend effet à la date fixée aux Conditions Particulières ou certificat d'adhésion.

Il est souscrit dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de l'année civile en cours.

Il est ensuite reconduit tacitement au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une ou l'autre partie selon les modalités définies à l'article 15 « Résiliation » des présentes Conditions Générales.

Dans le cadre d'un contrat collectif, la durée du contrat est au minimum 12 mois à compter de sa date de souscription.

Disposition Spéciale : En cas de révision de la **Convention Collective Nationale du 4 juin 1983**, entraînant une modification du présent Contrat, celle-ci sera proposée sans délai et formalisée par avenant aux présentes Conditions Générales.

CHAPITRE II. MEMBRES PARTICIPANTS

Sont affiliés à titre **obligatoire** au Contrat **l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail ou d'apprentissage** inscrits à l'effectif de l'entreprise, à la date de prise d'effet du Contrat, ainsi que ceux embauchés postérieurement, sous réserve qu'ils soient affiliés au régime général, à la Mutualité Sociale Agricole ou au régime local Alsace Moselle de la Sécurité sociale, sauf cas de dispense d'affiliation prévu par l'acte juridique ayant instauré le régime et cas de dispense d'affiliation d'ordre public.

Dès lors que la dispense d'affiliation cesse et qu'un salarié entre dans la catégorie de personnel bénéficiaire, l'Entreprise transmet dans les plus brefs délais et au plus tard dans les trente (30) jours suivant cet événement, le bulletin individuel d'affiliation, complété et signé, du salarié concerné.

Si ce délai est respecté, l'adhésion du salarié prend effet au jour de son entrée dans la catégorie de personnel bénéficiaire.

Si ce délai n'est pas respecté, l'adhésion du salarié concerné ne sera effective qu'au jour de la réception par l'organisme assureur du bulletin.

Les salariés engagés postérieurement à la date de prise d'effet du Contrat conclu par l'entreprise sont affiliés dès lors qu'ils répondent aux conditions définies ci-dessus, sous réserve d'avoir été déclarés auprès de l'organisme assureur ou gestionnaire par l'Entreprise dans un délai de trente (30) jours.

Au-delà de ce délai, les salariés ne sont affiliés qu'à compter de la date de réception de cette déclaration.

L'entreprise s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs satisfaisant aux conditions précitées.

Chaque salarié dûment affilié acquiert la qualité de « **Membre participant** » de l'organisme assureur gestionnaire partie aux Conditions Particulières ou certificat d'adhésion joints, dont relève la Personne morale dans laquelle il est salarié.

Les ayants droit du membre participant peuvent également être affilié au régime (affiliation facultative).

On entend par ayants droits du membre participant :

- **L'époux ou épouse** de l'assuré, même séparé de corps, mais non divorcé, à condition de ne pas être couvert par une couverture complémentaire santé ;
- La personne vivant en couple sans être mariée avec l'assuré (union libre ou pacte civil de solidarité (Pacs) à condition de ne pas être couvert par une couverture complémentaire santé.

Une seule personne peut être désignée ayant droit au titre de ces deux premières définitions ;

- **Les enfants à charge du salarié** sont rattachés à leurs parents assurés en qualité d'ayant droit sous certaines conditions :
 - o un enfant de moins de 16 ans à la charge d'un de ses parents ou des deux peut être rattaché en qualité d'ayant droit d'un de ses parents ou des deux (double rattachement),
 - o un enfant de 16 à 20 ans peut être rattaché en qualité d'ayant droit d'un de ses parents ou des deux s'il remplit au moins une des conditions suivantes :
 - poursuivre des études
 - être en apprentissage
 - être dans l'incapacité permanente de travailler (infirmité ou maladie chronique),
 - vivre avec l'assuré depuis 12 mois au moins et être à sa charge exclusive, totale et permanente
 - o un enfant de 20 à 26 ans peut être rattaché en qualité d'ayant droit d'un de ses parents ou des deux s'il ne bénéficie pas à titre personnel d'un régime de protection sociale et s'il remplit l'une des conditions suivantes :
 - être inscrit dans un établissement d'enseignement
 - recherche d'un premier emploi ou inscrit auprès du régime d'assurance chômage
 - avoir dû interrompre ses études primaires, secondaires ou technologiques pour cause de maladie.

Le rattachement aux parents est possible jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle le jeune a 26 ans.

CHAPITRE III. OUVERTURE, SUSPENSION, MAINTIEN ET CESSATION DES GARANTIES

ARTICLE 3. OUVERTURE ET SUSPENSION

3.1 Conditions d'ouverture des garanties

Afin de mettre en œuvre les garanties définies aux Conditions Particulières ou certificat d'adhésion joints, l'entreprise doit adresser à l'organisme assureur les pièces suivantes :

Lors de la souscription

- ✓ Une Demande d'Adhésion ou Bulletin d'Adhésion complété, daté et signé par la personne dûment habilitée à représenter l'entreprise.
- ✓ Une liste, indiquant les nom, prénom, date et lieu de naissance, numéro de Sécurité sociale et domicile des membres participants, ainsi que la date d'embauche au sein de l'entreprise, ou une photocopie de la DSN ou tout autre document nominatif pouvant attester du nombre exact de salariés visés au contrat.
- ✓ Un Bulletin Individuel d'Affiliation dûment complété et signé par chaque salarié accompagné de toute autre pièce mentionnée dans ce document.

En cours d'exercice

- ✓ Entrée de nouveaux salariés
un Bulletin Individuel d’Affiliation dûment complété et signé par chaque salarié.
- ✓ Sortie des membres participants
un état mensuel nominatif du personnel sorti des effectifs avec la date de départ et le motif associé.

Ces états doivent être transmis dans les plus brefs délais et au plus tard dans le mois suivant l'événement.

3.2 Amélioration des garanties par un régime optionnel

L'entreprise peut choisir de souscrire à titre obligatoire à l'un des régimes optionnels. Dans ce cas, l'adhésion à un des deux régimes optionnels par une entreprise s'applique de manière obligatoire à l'ensemble des salariés bénéficiaires.

L'employeur s'engage à rester couvert dans le même niveau de garantie pendant une durée minimum de 12 mois.

Cette adhésion produit en outre ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article « Résiliation » des Conditions générales.

Le changement du niveau de garanties est possible, à la hausse ou à la baisse, au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve d'une demande écrite au moins deux (2) mois avant l'échéance annuelle.

Cette modification donnera lieu à la signature d'un avenant ou de nouvelles Conditions Particulières entre l'entreprise et l'organisme assureur.

3.3 Entrée en vigueur des garanties

Les garanties entrent en vigueur pour un membre participant :

- ✓ **soit à la prise d'effet du Contrat, dès lors qu'il est membre participant de l'entreprise à cette date,**
- ✓ **soit au jour de son entrée dans la catégorie de personnel bénéficiaire dès lors que l'organisme assureur a été informé de cette entrée dans les délais impartis (30 jours). Dans le cas contraire, à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant la réception par l'organisme assureur du bulletin d'affiliation du membre participant.**

En tout état de cause, seuls les frais médico-chirurgicaux dont la date de soins est postérieure à la date de prise d'effet du Contrat et, au plus tôt, à la date d'affiliation au Contrat du membre participant, et antérieure à la date de cessation des garanties, donnent lieu à prise en charge au titre du Contrat et ce, à hauteur des garanties couvertes.

3.4 Cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail d'un membre participant donnant lieu à indemnisation

[que ce soit sous la forme d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement, à la charge de l'employeur), ou sous la forme d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers], les garanties définies aux Conditions Particulières ou certificat d'adhésion sont maintenues, pendant toute la durée de suspension de son contrat de travail, au bénéfice de cette personne.

Le bénéfice des garanties définies aux Conditions Particulières ou certificat d'adhésion est également maintenu au profit des membres participants dont le contrat de travail est suspendu pour l'une des causes suivantes :

- Congé légal de maternité, paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption,
- Arrêt maladie donnant lieu au maintien de salaire incluant le délai de carence comme visé par les dispositions conventionnelles,
- Accident du travail, accident de trajet ou de maladie professionnelle,
- Exercice du droit de grève,
- Congé de proche aidant,
- Activité partielle.

Dans ce cas, les garanties sont maintenues dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité. La participation patronale et la part salariale afférentes aux cotisations continuent à être versées selon les mêmes modalités que celles en vigueur pour les salariés en activité.

En cas de suspension du contrat de travail du membre participant excédent un mois continu et ne donnant lieu ni à maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement, à la charge de l'employeur), ni à indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, les garanties du membre participant sont suspendues de plein droit.

Il en est ainsi notamment dans les cas de :

- congé sabbatique ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé parental d'éducation ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;
- congé sans solde, tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié ;

et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation, telle que décrite ci-dessus. La suspension des garanties intervient à la date de la suspension du contrat de travail n'ouvrant droit ni à maintien total ou partiel de rémunération, ni à indemnisation complémentaire de l'employeur financée au moins pour partie par ce dernier.

Elle s'achève dès la reprise effective du travail par le membre participant, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise, faute de quoi la date de remise en vigueur des garanties pour le membre participant sera la date à laquelle l'organisme assureur aura été informé de la reprise effective du travail.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

En tout état de cause, les frais médico-chirurgicaux dont la date des soins se situe durant la période de suspension des garanties ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du Contrat.

Maintien des garanties à titre facultatif

Ces membres participants dont la période de suspension du contrat de travail n'est pas indemnisée dans les conditions décrites ci-dessus, peuvent toutefois bénéficier, à titre **facultatif**, du maintien des garanties décrites dans le Contrat, dans les conditions définies en Annexe I-A, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation.

ARTICLE 4. MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

4.1 Anciens salariés

En application de l'article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31/12/1989, lorsqu'un salarié garanti au titre du présent contrat quitte les effectifs du souscripteur suite à la rupture de son contrat de travail, il peut demander à bénéficier à son profit du contrat d'accueil sous réserve qu'il remplisse les conditions énoncées à l'ANNEXE I - C des présentes Conditions Générales. .

4.2 Anciens salariés privés d'emploi et indemnisés par Pôle emploi (portabilité)

Les modalités et les conditions dans lesquelles ce maintien est organisé et notamment l'articulation avec le dispositif de maintien issu de l'article 4 de la « loi Evin », sont définies en annexe I - B des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 5. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du Contrat cessent :

- en cas de non-paiement des cotisations, à l'issue de la procédure prévue à l'article 11 « Défaut de paiement des cotisations » des présentes Conditions Générales ;
- à la date de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale du membre participant, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur (sous réserve du bénéfice de l'article 4.1) ;
- à la date de cessation du contrat de travail du membre participant (au terme du préavis effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits telles que prévues à l'article 4.2 ;
- au jour du décès du membre participant, sous réserve des dispositions de l'article 4 de la loi Evin, en ce qui concerne les ayants droit ;

- à la date d'effet de la résiliation du Contrat ;
- et, en tout état de cause, à la date à laquelle le salarié ne remplit plus les conditions d'appartenance à la catégorie de personnel bénéficiaire.

Seuls les frais médico-chirurgicaux dont la date des soins telle que figurant sur les décomptes de Sécurité sociale est antérieure à la date d'effet de la cessation des garanties, pourront être pris en charge.

CHAPITRE IV. OBLIGATIONS DES PARTIES

ARTICLE 6. OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS

L'affiliation du membre participant ne pourra produire ses effets que dans la mesure où celui-ci remplit et signe un Bulletin Individuel d'Affiliation qui lui est remis, via l'entreprise, par l'organisme assureur.

En outre, chaque membre participant est tenu, pour bénéficier des prestations définies au contrat, de fournir à l'organisme assureur ou gestionnaire toute déclaration et justificatifs nécessaires, notamment son attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) et un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

Le membre participant donne son accord ou non à la transmission automatique de ses décomptes par la Sécurité sociale à l'organisme assureur retenu (procédure Noémie).

Toute modification intervenant dans la situation familiale du membre participant doit être formulée par écrit, en complétant un Bulletin Individuel de Modification à l'organisme assureur ou gestionnaire par le biais de l'entreprise, ou directement via son espace digital personnel.

ARTICLE 7. OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE

Changement d'activité

Dans le cas où l'entreprise change d'activité, ne relève plus de la **Convention Collective Nationale des Acteurs du Lien Social et Familial**, celle-ci devra le notifier à l'organisme assureur par lettre recommandée avec avis de réception au plus tard **deux (2) mois** après ledit changement. Les organismes assureurs se réservent la possibilité de résilier le contrat selon les modalités prévues à l'article 15 « Résiliation » des présentes Conditions Générales.

En cas de survenance de l'un des évènements suivants, l'entreprise s'engage à en informer l'organisme assureur dans un délai de 15 jours :

- cessation d'activité : à compter de la décision définitive de cessation d'activité par l'organe compétent de l'entreprise ;
- dépôt de bilan : à compter de la date de la déclaration de cessation des paiements par l'entreprise auprès du greffe du tribunal compétent ;
- redressement judiciaire : à compter de la date du jugement d'ouverture de la procédure de redressement judiciaire ;
- liquidation judiciaire : à compter de la date du jugement d'ouverture de la procédure de liquidation judiciaire.

Information des membres participants

Les organismes assureurs s'engagent à établir une Notice d'information qui définit les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

La Notice d'Information précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription.

L'entreprise est tenue de remettre à chaque membre participant un exemplaire de la Notice d'information établie par l'organisme assureur.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, l'entreprise est également tenue de les en informer en leur remettant une Notice dûment actualisée (ou un additif) ainsi qu'un document explicatif sur les modifications apportées à leurs droits et obligations.

Les documents susmentionnés seront établis par les organismes assureurs et à leur charge.

La preuve de la remise de la Notice d'information au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe à l'entreprise.

CHAPITRE V. COTISATIONS

ARTICLE 8. ASSIETTE DES COTISATIONS

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de leur exigibilité.

Celles-ci évolueront chaque année en fonction de l'évolution de ce plafond.

ARTICLE 9. STRUCTURE DE COTISATIONS

Il s'agit d'une cotisation « **salarié seul** » quelle que soit sa situation de famille.

ARTICLE 10. PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payées trimestriellement à terme échu par l'entreprise directement à l'organisme assureur ou gestionnaire, au plus tard dans les **dix (10) jours** qui suivent la fin du trimestre civil.

Le calcul de chaque versement trimestriel est effectué à partir de l'effectif assuré au cours du trimestre au titre duquel les cotisations sont dues.

Il est précisé que pour les membres participants exerçant leur activité à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité.

L'entreprise assure le précompte des cotisations et est **seule responsable du paiement en totalité des cotisations afférentes à leurs salariés, y compris des parts salariales précomptées sur le salaire des membres participants**.

A partir de l'état nominatif annuel des salariés, l'organisme assureur ou gestionnaire établit un document d'ajustement des cotisations qu'il adresse à l'entreprise. Les parties s'engagent à régulariser le compte à compter de la production du document d'ajustement.

Remarque :

En cas d'affiliation ou de sortie des effectifs d'un membre participant, en cours de mois, celle-ci est prise en compte à la date d'affiliation ou de sortie des effectifs.

La cotisation mensuelle sera due au nombre de jours réels de présence entre les entrées et les sorties ; la couverture des garanties suit cette même règle. Il est précisé que pour les salariés exerçant leur activité à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité.

ARTICLE 11. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement des cotisations dans les dix (10) jours suivant l'échéance l'organisme assureur adresse une lettre de mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception.

Dans cette lettre de mise en demeure, l'organisme assureur informe l'employeur des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties.

En cas de non-paiement des cotisations, trente (30) jours après l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet, l'organisme assureur se réserve le droit de suspendre les garanties, la résiliation intervenant quarante (40) jours après l'envoi de la mise en demeure.

ARTICLE 12. RÉVISION DES COTISATIONS

Les taux de cotisation sont mentionnés aux Conditions Particulières ou certificat d'adhésion **conformément aux dispositions de l'article 14.**

Il est convenu entre les partenaires sociaux et les organismes assureurs recommandés de gérer les paramètres du régime afin qu'il reste à l'équilibre. Si des modifications sont apportées, elles seront formalisées par voie d'avenant à la Convention Collective Nationale des Acteurs du Lien Social et Familial et aux présentes Conditions Générales.

ARTICLE 13. RÉGULARISATION

Simultanément à la déclaration DSN de décembre ou lors de l'envoi du bordereau de cotisations de la dernière échéance annuelle, l'entreprise doit verser à l'organisme assureur ou gestionnaire le solde de la cotisation annuelle.

Ce solde est égal à la différence entre la cotisation due au titre de l'exercice d'assurance et les montants déjà versés lors des précédents appels provisionnels. Les parties s'engagent à régulariser le compte dans un délai d'un mois à compter de la production du document d'ajustement.

En l'absence de communication de l'état nominatif, l'organisme assureur ou gestionnaire pourra procéder à toutes régularisations sur la base d'éléments en sa possession. L'entreprise doit mettre à disposition de l'organisme assureur ou gestionnaire toutes les informations nécessaires pour vérifier l'exactitude de ses déclarations.

CHAPITRE VI. SAUVEGARDE, RESILIATION ET CONTROLE

ARTICLE 14. SAUVEGARDE DU CONTRAT

Les garanties et les cotisations définies aux présentes Conditions Générales ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de la signature de l'avenant n° 02-15 du 15 juillet 2015 et modifié par les avenants n° 03-17 du 10/10/2017, n° 05-18, n° 06-18 du 14/06/2018, n° 04-19 du 27/06/2019 et n°06-20 du 08/10/2020.

Conformément à l'article 12 « Révision des cotisations » des présentes Conditions Générales, dans l'hypothèse d'une modification de quelque nature que ce soit de la réglementation applicable au contrat, notamment au regard de la fiscalité applicable, du traitement social des contributions employeur et plus généralement du droit de la Sécurité sociale, les engagements de l'organisme assureur ne pourront s'en trouver aggravés.

Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions résultant desdits aménagements, les garanties resteront acquises sur la base des présentes Conditions Générales associées aux Conditions Particulières ou certificat d'adhésion joints.

ARTICLE 15. RÉSILIATION

Le Contrat peut être résilié :

- **à la demande de l'organisme assureur, tous les ans à l'échéance annuelle du 31 décembre, par lettre recommandée avec avis de réception sous réserve du respect d'un préavis de deux (2) mois, avant la date d'échéance ;**
- **à la demande de l'organisme assureur, à l'issue du délai de préavis de deux (2) mois, lorsque l'entreprise ne relève plus de la Convention Collective Nationale des Acteurs du Lien Social et Familial en raison, notamment, de l'application d'une nouvelle convention collective (en tout état de cause, le contrat pourra être maintenu jusqu'à l'expiration du délai d'un an prévu à l'article L 2261-14 du code du travail) ;**
- **à tout moment à la demande de l'organisme assureur à l'issue de la procédure prévue en cas de défaut de paiement des cotisations définie à l'article 11 « Défaut de paiement des cotisations » du Contrat ;**
- **à la demande de l'entreprise, tous les ans (échéance annuelle du 31 décembre) sous réserve du respect d'un préavis de deux (2) mois, avant la date d'échéance ;**
- **à tout moment à la demande de l'entreprise, après un délai préalable d'un an minimum d'adhésion. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de la demande de résiliation par l'organisme assureur.**

Le support de résiliation de l'entreprise à l'organisme assureur peut être au choix :

- une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique ;
- une lettre simple ou tout autre support durable ;
- une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;
- un acte extrajudiciaire ;
- lorsque l'organisme assureur propose la souscription par un mode de communication à distance, la résiliation peut s'effectuer par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat ;

L'organisme assureur attestera par écrit la réception de la notification de l'entreprise.

La résiliation du présent contrat entraîne la résiliation du contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'entreprise.

Seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date des soins est antérieure à la date d'effet de la résiliation pourront donner lieu à prise en charge.

ARTICLE 16. ORGANISME DE CONTRÔLE DES ASSURANCES

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R) située 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

CHAPITRE VII. AUTRES DISPOSITIONS

ARTICLE 17. PRESCRIPTION

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au Contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance (date des soins).

Au-delà de ce délai, les frais ne donneront lieu à aucun remboursement.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée adressée par l'organisme assureur ou par son gestionnaire à l'entreprise en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'organisme assureur ou son gestionnaire, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit :

- de la reconnaissance par le débiteur de l'obligation du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer.
- de la demande en justice même en référé, même portée devant une juridiction incompétente, ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.
- de la mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution.
- de l'acte d'exécution forcée.
- de l'interpellation faite dans les conditions des articles 2245 et 2246 du Code civil.

ARTICLE 18. APPRÉCIATION DU RISQUE – FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites, tant par l'entreprise et le cas échéant par son conseil que par le membre participant, servent de base à la garantie. A ce titre elles constituent un élément essentiel du contrat, c'est pourquoi l'organisme assureur ou gestionnaire se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées, l'exactitude des documents produits tant au moment de la souscription, du versement des cotisations qu'au moment du versement des prestations, notamment par la consultation du registre du personnel et des écritures comptables.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du membre participant, la garantie accordée à celui-ci est nulle quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Dans ce cas, les cotisations payées demeurent acquises à l'organisme assureur.

En cas de fausse déclaration, l'organisme assureur n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

ARTICLE 19. SUBROGATION

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, les organismes assureurs sont subrogés, jusqu'à concurrence du montant desdites prestations, dans les droits et actions du membre participant victime d'un accident, contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

ARTICLE 20. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Le membre participant est informé que dans le cadre de l'exécution du contrat, l'organisme assureur peut stocker, traiter, enregistrer et utiliser les données personnelles le concernant et collectées tout au long de l'exécution du contrat et en particulier lors de l'adhésion ; dans le respect de la réglementation applicable en matière de données personnelles, notamment la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement Général européen sur la Protection des Données personnelles (ou « RGPD »).

La collecte et le traitement de ces données sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat, de la gestion de la relation client et des éventuels litiges susceptibles d'en découler, et a pour base juridique l'exécution du contrat. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Chaque formulaire indique si les données sont obligatoires ou facultatives.

Les données peuvent être utilisées afin de permettre à l'organisme assureur de respecter les obligations légales et réglementaires lui incombant, le cas échéant, telles que les obligations spécifiques à la lutte contre le terrorisme et le blanchiment d'argent. Dans ce cas, le traitement mis en œuvre a pour base juridique le respect d'une obligation légale.

Les données personnelles collectées sont également susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, de reporting, d'amélioration des services proposés et de lutte contre la fraude, sur la base des intérêts légitimes de l'organisme assureur. Sur cette même base et sauf opposition de la part du membre participant, les données personnelles ainsi recueillies pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par l'organisme assureur, par voie électronique uniquement pour des produits et services similaires à ceux objets du contrat, ainsi que par voie téléphonique et postale.

Sous réserve d'avoir obtenu l'accord préalable et exprès du membre participant, certaines données collectées pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par les autres membres du Groupe de l'organisme assureur. Le traitement aura alors pour base juridique le consentement du membre participant, lequel pourra être retiré à tout moment.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents de l'organisme assureur et, le cas échéant, nos réassureurs, vos intermédiaires en assurances, ainsi que les tiers habilités appelés à prendre connaissance de ces données en raison de la gestion ou de la réalisation des finalités déclarées.

Le membre participant est informé que l'organisme assureur n'envisage pas d'effectuer un transfert des données personnelles vers un pays situé en dehors de l'Union européenne.

Compte tenu de la diversité des durées de conservation applicables au regard des différents types de données traitées, le membre participant est invité à consulter la politique de données personnelles de l'organisme assureur, afin de s'informer en détail sur les durées de conservation desdites données.

En tout état de cause, elles ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la gestion de ces missions et des litiges susceptibles d'en résulter, conformément aux règles de prescription applicables et aux règles de conservation des documents comptables.

Toute personne concernée dispose à l'égard de l'organisme assureur et ce, conformément aux réglementations nationales et européennes en vigueur, des droits suivants :

- droit de demander l'accès à ses données personnelles,
- du droit de demander la rectification de celles-ci,
- du droit de demander leur effacement,
- du droit de demander une limitation du traitement mis en œuvre,
- du droit de s'opposer au traitement,
- du droit de retirer son consentement quand le traitement est fondé sur le consentement,
- du droit à la portabilité des données,
- du droit de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Ces droits peuvent être exercés à tout moment en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité (cf les coordonnées de contact en ANNEXE III du présent contrat).

Si elle estime que ses droits ne sont pas respectés, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Le membre participant est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle il peut s'inscrire à l'adresse suivante : <https://conso.bloctel.fr/>

Le membre participant est également informé que l'organisme assureur n'envisage pas d'effectuer un transfert des données personnelles vers un pays situé en dehors de l'Union européenne. Le cas échéant, tout transfert de ce type sera effectué moyennant des garanties appropriées, notamment contractuelles, en conformité avec la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles.

D'une manière générale, l'organisme assureur s'engage à respecter les conditions de traitement et/ou la destination des données personnelles qui lui ont été communiquées par le membre participant ou auxquelles elle aura accès dans le cadre de l'exécution du contrat. En particulier, l'organisme assureur s'engage à ne pas exploiter pour son propre compte, céder et/ou louer à des entreprises tierces les données personnelles collectées dans le cadre de l'exécution du contrat. Les engagements pris par l'organisme assureur au titre du présent article survivront à la cessation du contrat pour quelque cause que ce soit.

La politique de données personnelles de l'organisme assureur étant susceptible d'évoluer, notamment s'agissant de l'identité du Délégué à la protection des Données Personnelles, des coordonnées du responsable de traitement, de modifications éventuelles, le participant est invité à se rendre sur la page de l'organisme assureur prévue à cet effet afin de s'informer en détails sur la politique des données personnelles de l'organisme assureur en vigueur.

ARTICLE 21. RÉCLAMATION - MÉDIATION

Toutes les réclamations relatives au contrat devront être envoyées au centre de gestion dont dépend le membre participant.

Les réclamations concernant l'application du Contrat peuvent être adressées à l'organisme assureur et/ou gestionnaire (Cf les coordonnées de contact à l'ANNEXE III du présent contrat).

A compter de la réception de la réclamation, l'organisme assureur doit en accuser réception dans un délai maximum de dix jours ouvrables, sauf si la réponse est apportée dans ce délai. La réponse définitive sera envoyée dans un délai maximum de deux mois à compter de la date d'accusé de réception.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'assureur, l'avis d'un médiateur pourra être demandé sans préjudice d'une action ultérieure devant le Tribunal compétent.

Le médiateur peut être saisi uniquement après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à chaque organisme assureur ou gestionnaire, étant précisé que certains litiges ne relèvent pas de sa compétence (ex : les résiliations de contrat, les augmentations de cotisation ou encore les procédures de recouvrement).

TITRE II : DEFINITIONS DES GARANTIES ET PRESTATIONS FRAIS DE SANTE

CHAPITRE VIII. ETENDUE DES GARANTIES

ARTICLE 22. NATURE DES GARANTIES ET PRESTATIONS

On entend par **frais médico-chirurgicaux** ceux reconnus comme tels par la Sécurité sociale.

Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale ou ne figurant pas dans la nomenclature de la Sécurité sociale ne donneront lieu à aucun remboursement au titre du Contrat, sauf dérogations expressément indiquées dans le tableau des garanties prévu à l'annexe II des présentes Conditions Générales (s'agissant en tout état de cause de spécialités ou actes à caractère thérapeutique, non liés au confort ou à l'esthétique).

Le niveau de garanties choisi par l'entreprise est fixé aux conditions particulières.

ARTICLE 23. DISPOSITIF « CONTRAT RESPONSABLE »

Les prestations servies au titre du présent contrat s'inscrivent dans le cadre de la législation et de la réglementation sociale et fiscale relatives aux « contrats responsables », définies aux articles L871-1, R.871-1

et R.871-2 du Code de la sécurité sociale et de la couverture minimale prévue aux articles L.911-7 et D.911-1 du Code de la sécurité sociale » et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier « 100% Santé ».

En aucun cas les termes du présent Contrat ne peuvent contrevenir aux règles des contrats « responsables ». En cas de contradictions, les règles du contrat « responsable » priment sur les présentes dispositions.

Pour bénéficier des avantages fiscaux et sociaux liés aux contrats collectifs les garanties collectives doivent être responsables.

23.1 Les obligations de prise en charge au titre du contrat responsable portent sur :

- ✓ **L'intégralité de la participation des membres participants définie à l'article R. 160-5 du code de la Sécurité sociale (= 100% du Ticket modérateur) sauf pour la pharmacie remboursée à 15% et 30%, l'homéopathie et les cures thermales ;**
- ✓ **les dépassements tarifaires des médecins dans certaines conditions ;**
- ✓ **les dépenses pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale, d'audiologie et de soins prothétiques dentaires des paniers de soins « 100% santé » ;**
- ✓ **le tarif journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée, sous réserve des exclusions suivantes :**
 - **les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées [MAS], EHPAD, ESAT, maisons de convalescence, centres ou instituts pour enfance handicapée ou inadaptée [CMPP, IME, IMP, IMPRO, ITEP] etc...)** ;
 - **ainsi que les établissements de long séjour (du « type » maisons de retraite), ne donnant pas lieu à un forfait journalier.**

23.2 A l'inverse, ne donnent pas lieu à remboursement :

- ✓ **la contribution forfaitaire prévue à l'article L. 160-13 II du code de la Sécurité sociale,**
- ✓ **la franchise annuelle prévue à l'article L. 160-13 III du code de la Sécurité sociale (franchises médicales concernant les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires),**
- ✓ **la part de dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du non-respect, par le membre participant ou un ayant droit, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,**
- ✓ **la majoration de la participation supportée par le membre participant ou un ayant droit lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés conformément à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale,**
- ✓ **et d'une manière générale les prestations ou la part de prestations remettant en cause le caractère responsable du contrat au sens de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.**

23.3 Encadrement de la prise en charge des dépassements d'honoraires

Conformément aux articles L.871-1 et R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale, le montant des prestations garanti au présent Contrat varie selon que le médecin a adhéré ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévus par la convention nationale médicale.

La prise en charge des dépassements tarifaires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée est plafonnée dans la double limite de :

- 100 % du tarif opposable (*) ;
- et du montant pris en charge par le contrat pour les dépassements des médecins ayant adhéré au DPTM, minoré d'un montant au moins égal à 20 % de la base de remboursement.

(*) : Le tarif opposable à retenir est celui figurant sur le décompte de l'Assurance maladie pour l'acte ou la consultation effectué par le médecin non adhérent à un DPTM.

A titre indicatif, les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée incluent à ce jour, pour autant que les professionnels appliquent le dispositif :

- l'OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée) ;
- l'OPTAM-CO (Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) pour les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens.

Peuvent notamment adhérer à ces options les médecins pratiquant des honoraires non opposables (secteur 2) qui souhaitent s'engager dans une maîtrise de leurs dépassements d'honoraires. En contre-partie, les soins qu'ils réalisent bénéficient d'un remboursement identique aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires

opposables (secteur 1) par l'Assurance maladie obligatoire. L'OPTAM et l'OPTAMCO remplacent, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

Le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

23.4 100 % SANTE

Conformément à la réglementation, le présent contrat prend en charge intégralement les frais non remboursés par la Sécurité sociale pour les équipements optique, dentaire et auditif définis réglementairement.

Optique : prise en charge intégrale des équipements (monture et verres) de classe A dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.

Aides auditives : prise en charge intégrale dans la limite des PLV des aides auditives de classe I fixés par la LPP.

Dentaire : prise en charge intégrale des soins et prothèses du panier « 100% Santé », dans la limite des honoraires limites de facturation, le matériau utilisé dépendant de l'emplacement de la dent.

ARTICLE 24. TERRITORIALITÉ

Les garanties ne sont acquises qu'aux membres participants affiliés au régime de Sécurité sociale français. Les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger, y compris dans le cas d'une hospitalisation, sont remboursés sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale. Les prestations de l'organisme assureur viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale et sont payées en euros.

CHAPITRE IX. MODALITES DE CALCUL DES PRESTATIONS

ARTICLE 25. MONTANTS RETENUS

Prestation exprimée en pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale

Lorsque la limitation est exprimée en pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale, le plafond retenu est celui en vigueur à la date de survenance de la dépense ou de l'événement.

Montants des frais réels retenus

Les montants des frais réellement engagés retenus par les organismes assureurs sont égaux :

- ✓ aux montants indiqués sur les décomptes originaux de remboursements de la Sécurité sociale,
- ✓ à défaut, aux montants indiqués par le praticien sur la feuille de soins destinée à la Sécurité sociale,
- ✓ à défaut, aux montants résultant de l'application de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

25.1 Prise en charge du ticket modérateur

La prise en charge du ticket modérateur se fait sur les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé, notamment pour les soins de ville, y compris les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé, relatifs à la prévention, déduction faite des prises en charge opérées par les assurances complémentaires qui interviennent avant la garantie prévue au contrat.

Tiers payant :

Le service du tiers payant permet aux membres participants et à leurs ayants droit d'être dispensés de tout ou partie de l'avance de frais de soins auprès des professionnels de santé.

Les membres participants et leurs ayants droit au titre du présent contrat bénéficient du tiers payant. 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 et garantis au présent contrat, au moins à hauteur du ticket modérateur

25.2 Hospitalisation

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).

Les remboursements en secteur non conventionnel pour l'ensemble des prestations liées à l'hospitalisation sont limités annuellement, par bénéficiaire, à un forfait exprimé en pourcentage du Plafond annuel de la Sécurité sociale.

25.2.1 Forfait journalier

Le contrat prend en charge l'intégralité du forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers de santé, sous réserve des exclusions suivantes :

Sont exclus :

- **les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées [MAS], EHPAD, ESAT, maisons de convalescence, centres ou instituts pour enfance handicapée ou inadaptée [CMPP, IME, IMP, IMPRO, ITEP] etc...)**
- **ainsi que les établissements de long séjour (du « type » maisons de retraite), ne donnant pas lieu à un forfait journalier.**

25.2.2 Honoraires

Attention, le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base de remboursement de la Sécurité sociale, c'est-à-dire sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

25.3 Optique

Verres et Monture

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Chaque devis fera l'objet d'une analyse veillant au respect d'une bonne adéquation entre la prestation réalisée et les frais engagés.

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- Les équipements optiques de classe A (« Reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP : Ces équipements sont remboursés à hauteur des frais réels engagés dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100% santé » ;
- Les équipements optiques de classe B (« à tarifs libres ») sont pris en charge à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur est effectué dans le respect des planchers et plafonds prévus à l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans les tableaux de prestations. Le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B »,
- soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A ».

Le tableau des prestations mentionnant un forfait dédié à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), la prise en charge s'effectue donc dans la limite de ces forfaits pour chaque composante.

Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction dont la dioptrie est égale à 0) sont exclus, hors condition d'appairage.

La prise en charge est limitée à un équipement tous les 2 ans par bénéficiaire.

Cette période de deux (2) ans (24 mois) s'apprécie, à compter de la date d'acquisition du premier équipement.

Le remboursement d'un équipement (monture + verres) peut être fait par période d'un an :

- pour les bénéficiaires de moins de 16 ans,
- et quel que soit l'âge du bénéficiaire, en cas de changement de la vision (tel que défini dans la liste des produits et prestations (LPP)) nécessitant un changement de verres et sur présentation des deux prescriptions médicales lors de la deuxième demande.

La justification d'une évolution de la vue se fonde :

- soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente,
- soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application des textes réglementaires (nature des produits délivrés et date de cette délivrance).

La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme assureur.

En tout état de cause, la justification d'une évolution de la vue se fonde conformément aux conditions de renouvellements précisées sur l'arrêté du 3 décembre 2018 article VIII.2. – Conditions de renouvellement anticipé des équipements d'optique.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, un renouvellement tous les 6 mois est possible en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur et ce, suivant l'acquisition du précédent équipement.

Lorsque l'assuré(e) acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Les prestations servies sont contenues dans les limites fixées par les textes sur le « contrat responsable ».

Les montants indiqués s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par des garanties complémentaires souscrites qui interviendraient avant la garantie prévue au présent contrat, et dans la limite des frais facturés.

Lentilles

La prestation lentilles est prise en charge dans la **limite d'un forfait annuel qui s'apprécie par an et par bénéficiaire**. Cette rubrique inclut tous les types de lentilles : les lentilles de correction, prises en charge ou non par la Sécurité sociale, ainsi que les lentilles jetables.

Au-delà du forfait les lentilles prises en charge par la Sécurité sociale sont remboursées à hauteur du ticket modérateur.

Chirurgie réfractive de l'œil

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle s'entend par œil.

Elle ne concerne que les restes à charge sur des actes chirurgicaux de ce type, dans la limite d'un forfait par an et par bénéficiaire. Ce forfait s'entend par année civile.

L'opération de la cataracte ne sera pas prise en compte dans le cadre de la chirurgie réfractive de l'œil mais dans le cadre des actes de chirurgie classique.

25.4 Dentaire

Pour tous les travaux dentaires, et dans l'intérêt du bénéficiaire, nous l'invitons à demander préalablement, un devis.

Chaque devis fera l'objet d'une analyse veillant au respect d'une bonne adéquation entre la prestation réalisée et les frais engagés.

Trois paniers de soins prothétiques sont définis :

- **Un panier « 100 % santé »** (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes ;
- **Un panier aux tarifs maîtrisés / modérés** remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation (HLF) et les garanties prévues dans les tableaux de prestations ;
- **Un panier aux tarifs libres** permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties prévues dans les tableaux de prestations.

Prothèses :

Une majoration de remboursement peut être prévue s'il s'agit de dents visibles (dents du sourire).

Les dents visibles sont les incisives, les canines et prémolaires. Elles portent les numéros : 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24 et 25 (haut) ainsi que 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44 et 45 (bas).

Les **dents non visibles (dents du fond de bouche)** telles que les molaires portent les numéros : 16, 17, 18, 26, 27 et 28 (haut) ainsi que 36, 37, 38, 46, 47 et 48 (bas).

25.5 Aides auditives

La prestation s'entend par oreille appareillée.

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % santé ;
- L'équipement auditif de « **classe II** » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans les tableaux de prestations, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille est **limitée à une aide auditive tous les quatre ans** suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'organisme assureur. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

25.6 Maternité

Les frais médico-chirurgicaux engagés (examens prénataux, examens postnataux, frais d'accouchement, surveillance médicale de l'enfant) à l'occasion de la maternité du membre participant, sont pris en charge dans les conditions indiquées dans le tableau des garanties prévu aux Conditions Particulières ou certificat d'adhésion. Les soins et frais indemnisés au titre de l'assurance Maternité intervenant durant la période comprise entre le 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et 12 jours après l'accouchement sont garantis par extension des risques médico-chirurgicaux.

Sont couverts à ce titre les frais médicaux, pharmaceutiques, d'appareillage, d'hospitalisation (à l'exception de la chambre particulière, sauf disposition spécifique prévue au tableau de garanties), l'ensemble des frais d'analyses et d'examens en laboratoire, frais d'optique et prothèses dentaires.

25.7 Exclusion des garanties

Tous les risques sont couverts dans la limite des garanties.

Néanmoins, ne donnent entre autres pas lieu à remboursement :

- **les frais non remboursés par la Sécurité sociale, tels que certaines prothèses dentaires provisoires, soins esthétiques, cures de sommeil, d'amaigrissement, de rajeunissement ou de désintoxication ;**

- **les frais engagés en dehors de la période de garantie comprise entre la date d'effet du contrat et sa date de résiliation ; la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale étant seule prise en considération.**

- **dans le cadre de l'hospitalisation, sont exclus les frais annexes tels que : boissons, téléphone, télévision, équipement vidéo, blanchisserie, frais de dossier.**

Sont aussi exclus les frais de chambre particulière facturés lors de permission de sortie.

Le fait que l'organisme assureur 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 26. DISPOSITION POUR LES DÉPARTEMENTS DU BAS RHIN, DU HAUT RHIN ET DE LA MOSELLE

Si parmi les membres participants affiliés au Contrat, certains relèvent du régime local Alsace Moselle, les organismes assureurs tiendront compte des dispositions spécifiques prévues par le Code de la Sécurité sociale pour cette zone géographique.

ARTICLE 27. PRINCIPE INDEMNITAIRE

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du Contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

CHAPITRE X. MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 28. FORMALITÉS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont traitées :

- par échange NOEMIE (télétransmission), sauf opposition écrite de l'assuré ;
- sur présentation du décompte établi par la Sécurité sociale.

La demande doit être accompagnée des pièces et des justificatifs originaux (note d'honoraires ; facture originale détaillée établie sur papier à entête du praticien ou de l'établissement revêtue de sa signature et portant mention des nom, prénom du membre participant ; décomptes originaux des règlements du régime obligatoire de la Sécurité sociale).

Pour les actes ou frais non pris en charge par la Sécurité sociale, le membre participant devra adresser à l'organisme assureur de sa structure les originaux des factures et notes d'honoraires acquittés.

Lors de l'affiliation, le membre participant fournit un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

Ces pièces sont conservées par les organismes assureurs qui sont en droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire.

ARTICLE 29. DÉLAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations garanties sont servies dans un délai maximum de **quarante-huit (48) heures** en échange NOEMIE ou de **cinq (5) jours ouvrés** à réception des décomptes et des pièces nécessaires à la constitution du dossier et des éventuels renseignements complémentaires demandés par les organismes assureurs, hors flux NOEMIE.

Les prestations sont versées soit directement aux membres participants (par virement sur compte bancaire), soit aux professionnels de santé si le membre participant a fait usage du tiers payant.

ANNEXE I. MAINTIEN DES GARANTIES

A – EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NE DONNANT PAS LIEU À INDEMNISATION

Le maintien des garanties du régime des actifs est proposé, à titre **facultatif**, aux membres participants en suspension de contrat de travail, conformément à l'article 3.3 des Conditions Générales.

La demande de maintien doit être faite par écrit auprès de l'organisme assureur ou gestionnaire au plus tard dans le mois suivant la date du début de suspension du contrat de travail.

Le dépassement de ce délai entraîne la forclusion définitive de la demande.

1) Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet au plus tôt le premier jour de la suspension du contrat de travail et au plus tard, le premier jour du mois suivant la demande.

2) Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- ✓ à la date de fin de la suspension du contrat de travail du membre participant,
- ✓ à l'issue de la procédure en cas de non-paiement des cotisations, telle que prévue au paragraphe 4 ci-après,
- ✓ à la date de résiliation de l'adhésion individuelle par le membre participant, étant précisé que cette résiliation est définitive,
- ✓ à la date de liquidation de la pension de retraite de la Sécurité sociale, sauf situation de cumul emploi retraite prévue par la législation en vigueur,
- ✓ à la date d'effet de la résiliation du présent Contrat,
- ✓ à la date de cessation du contrat de travail (correspondant au terme du préavis effectué ou non),
- ✓ et, en tout état de cause, au jour du décès du membre participant, sous réserve des dispositions de l'article 4.1.

Seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date de soins est antérieure à la date d'effet de la cessation des garanties, pourront donner lieu à prise en charge.

Les garanties et prestations sont identiques à celles des actifs et figurent aux Conditions Particulières ou certificat d'adhésion obligatoirement joints aux présentes Conditions Générales.

3) Cotisations

Les cotisations des membres participants en suspension de contrat de travail seront appelées sur les mêmes tarifs que ceux appliqués aux salariés actifs, **les cotisations étant intégralement à leur charge.**

Les cotisations sont payables par les membres participants mensuellement d'avance, par prélèvement sur leur compte bancaire par l'organisme assureur.

4) Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation peut être exclu.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante (40) jours à compter de la notification de la mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception. Cette lettre ne peut être envoyée que dix (10) jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai précité, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au Contrat collectif.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur des cotisations.

B – SALARIES PRIVES D'EMPLOI ET INDEMNISES PAR L'ASSURANCE CHÔMAGE

Conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, les anciens salariés bénéficient du maintien à titre gratuit dans les conditions ci-après décrites, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.

1) Définition des bénéficiaires du dispositif

Peuvent bénéficier du maintien des garanties et des dispositions définies au Contrat, les anciens salariés satisfaisant aux conditions cumulatives suivantes :

- le contrat de travail doit avoir été rompu: l'ensemble des motifs de rupture du contrat de travail sont concernés (notamment licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif légitime, convention de reclassement personnalisé notamment), **à l'exception de la faute lourde** ;
- la cessation de ce contrat de travail doit ouvrir droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage ;
- les droits à prestations doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur avant la cessation du contrat de travail.

2) Obligations des parties

a) Obligations des anciens salariés

Ils doivent justifier auprès de l'organisme assureur à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article (notamment ouverture des droits à l'indemnisation chômage, cessation du versement des allocations chômage).

b) Obligations de l'entreprise

L'entreprise doit remplir, vis-à-vis de l'organisme assureur les obligations suivantes :

- **informer dans les plus brefs délais de la cessation du contrat de travail de ses anciens salariés,**
- **signaler, dans le certificat de travail de l'ancien salarié, le maintien de ces garanties.**

3) Prise d'effet, durée et cessation du maintien des garanties

a) Prise d'effet du maintien

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié.

b) Durée du maintien

L'ancien salarié bénéficie de ce maintien pendant une durée égale à celle de son dernier contrat de travail ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le dernier employeur, appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur.

En toute hypothèse, ce maintien ne peut excéder une durée de **douze (12) mois**, décomptée à partir de la date de cessation du contrat de travail.

Il est précisé que la suspension des allocations chômage n'a pas pour conséquence de prolonger d'autant la période de maintien de droits.

c) Cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse :

- **à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'Assurance chômage (reprise d'activité professionnelle à temps plein ou partiel, liquidation de la pension de retraite de base, notamment) ou dès lors que le salarié n'apporte plus la preuve du bénéfice de cette indemnisation ;**
- **à la date d'effet de la résiliation du contrat collectif ;**
- **en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de douze (12) mois suivant la date de cessation du contrat de travail ;**
- **au jour du décès de l'ancien salarié.**

Seuls les soins ou actes médico-chirurgicaux dont la date des soins tels que figurant sur les décomptes de Sécurité sociale sont antérieurs à la date d'effet de la cessation des garanties pourront être pris en charge.

4) Définition des garanties et prestations

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles dont bénéficiaient l'ancien salarié avant la rupture de son contrat de travail.

5) Modifications contractuelles

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (modification du niveau des prestations ou des conditions de règlement, notamment), pendant la période de maintien des droits, vous seront opposables dans les mêmes conditions.

6) Modalités de financement

Le maintien des garanties, dans les conditions suscitées, s'effectue par le biais **d'un financement assuré par mutualisation** intégré aux taux de cotisations applicables aux salariés en activité.

C- ANCIENS SALARIÉS (PROLONGATION DE GARANTIES - LOI « EVIN »)

En application de l'article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31/12/1989, lorsqu'un salarié garanti au titre du présent contrat quitte les effectifs du souscripteur suite à la rupture de son contrat de travail, il peut demander à bénéficier à son profit du contrat d'accueil sous réserve qu'il remplisse les conditions énoncées ci-dessous.

1) Définition des bénéficiaires du dispositif

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite Loi EVIN), peuvent bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien de la couverture prévue par le Contrat, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- ✓ les anciens salariés obtenant la liquidation de leur pension de vieillesse de la Sécurité sociale, à condition d'avoir été affiliés au Contrat en tant qu'actifs, et sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les **six (6) mois** suivant la cessation de leur contrat de travail ;
- ✓ les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les **six (6) mois** suivant la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, suivant la date à laquelle prend fin le maintien prévu à l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale;
- ✓ les salariés privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les **six (6) mois** suivant la rupture de leur contrat de travail, ou le cas échéant, suivant la date à laquelle prend fin le bénéfice du maintien des garanties tel que prévu à l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale;
- ✓ les personnes garanties du chef du salarié décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les **six (6) mois** suivant le décès du salarié.

Le dépassement des délais ci-dessus mentionnés entraîne la forclusion définitive de la demande sauf preuve contraire de l'assuré du non-respect par l'organisme assureur du délai de deux (2) mois précédemment cité.

L'organisme assureur doit en conséquence être informé du décès ou de la cessation du contrat de travail, par l'employeur, dans les meilleurs délais.

2) Obligations des parties

a) Obligations des anciens salariés

Les anciens salariés doivent en faire la demande dans les **six (6) mois** suivant la cessation de leur contrat de travail.

b) Obligations de l'entreprise

L'entreprise doit informer l'organisme assureur dans les plus brefs délais de la cessation du contrat de travail de ses anciens salariés ou du décès de ceux-ci.

c) Obligations de l'organismes assureur

Une proposition de maintien des garanties est adressée par l'organisme assureur aux anciens salariés visés à l'article 4 de la loi « Evin » et le cas échéant, aux ayants droit du chef du membre participant décédé, au plus tard dans **un délai de deux (2) mois** à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité ou dans les **deux (2) mois** suivant le décès du salarié (à condition que l'entreprise ait informé l'organisme assureur dans les meilleurs délais).

3) Prise d'effet des garanties

Sous réserve de respecter les délais précités, et du paiement de la cotisation correspondante, les garanties prennent effet au plus tôt à la date de cessation du contrat de travail ou à la fin de la période portabilité, ou à la date de décès du salarié pour ses ayants droit et au plus tard le lendemain de la demande.

4) Cotisations

La cotisation applicable à la convention d'accueil est déterminée conformément aux dispositions prévues par la loi n° 89-1009 du 31/12/1989 et ses décrets d'application.



Cet encadrement tarifaire est applicable uniquement aux anciens salariés. Pour les ayants droit, l'organisme assureur peut fixer librement les tarifs.


5) Définition des garanties et prestations

L'ancien salarié bénéficiera du **même niveau de garanties dont il bénéficiait en tant que salarié à la date de rupture de son contrat de travail.**

ANNEXE II. TABLEAUX DES GARANTIES

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale		
	BASE CONVENTIONNEL LE OBLIGATOIRE	BASE CONVENTI ONNELLE + OPTION 1	BASE CONVENTI ONNELLE + OPTION
SOINS COURANTS			
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	175 % BR
Honoraires médicaux			
Consultations, visites et téléconsultations généralistes :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	120 % BR	140 % BR	220 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	120 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	120 % BR	200 % BR
Consultations, visites et téléconsultations spécialistes :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	220 % BR	220 % BR	220 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM)			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	145 % BR	145 % BR	220 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	125 % BR	125 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	125 % BR	125 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie (ADI) et d'échographie (ADE) :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	120 % BR	120 % BR	195 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	175 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	175 % BR
Honoraires paramédicaux			
Soins infirmiers Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	100 % BR	100 % BR	175 % BR
Médicaments			
Pharmacie remboursée à 65 %, 30 % et 15 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres soins courants			
Frais de transport en ambulance accepté par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfait actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Matériel médical :			
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples fauteuil roulant, lit médicalisé	175 % BR	175 % BR	275 % BR
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	175 % BR	175 % BR	275 % BR
HOSPITALISATION			
Limite annuelle de 25 % du PASS par an et par bénéficiaire pour le non conventionné (hors ticket modérateur)			
Honoraires y compris maternité			
Chirurgie (ADC), anesthésie (ADA), réanimation, actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie et d'échographie, actes d'obstétrique (ACO)			

Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	220 % BR	220 % BR	220 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier			
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres frais d'hospitalisation			
Frais de séjour en établissement conventionné ou non conventionné	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Frais de transport en ambulance accepté par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfait actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière en secteur conventionné, de jour (ambulatoire) y compris maternité	100 % FR dans la limite de 0,75 % PMSS/J	100 % FR dans la limite de 1,50 % PMSS/J	100 % FR dans la limite de 1,50 % PMSS/J
Chambre particulière en secteur conventionné, de nuit y compris maternité	100 % FR dans la limite de 1,50 % PMSS/nuit	100 % FR dans la limite de 3 % PMSS/nuit	100 % FR dans la limite de 3 % PMSS/nuit
Chambre particulière en secteur non conventionné, y compris maternité, par jour	-	-	100 % FR dans la limite de 3 % PMSS/J
Lit d'accompagnant en secteur conventionné	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Lit d'accompagnant en secteur non conventionné	-	-	100 % FR
OPTIQUE⁽⁴⁾			
Équipement : composé de deux verres et une monture : deux classes d'équipement			
Équipements 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement			
Verres et monture de CLASSE A 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé		
Autres équipements :			
Verres et monture de CLASSE B			
Monture adulte ⁽⁵⁾	Grille optique 1	Grille Optique 2	Grille Optique 3
Monture enfant ⁽⁵⁾			
Verres simples ⁽⁵⁾ , complexes ⁽⁵⁾ , très complexes ⁽⁵⁾ , par verre			
Frais adaptation	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres dispositifs de correction optique			
Lentilles prescrites : prises en charge par la SS ^{(3) (6)} (remboursement minimum égal à 100 % BR - SS, si forfait épuisé), non prises en charge par la SS ou lentilles jetables	3 % PMSS/A/B	6 % PMSS/A/B	7 % PMSS/A/B
Chirurgie réfractive de l'œil ⁽³⁾	22 % PMSS/œil	22 % PMSS/œil	32 % PMSS/œil
DENTAIRE			
Soins et prothèses : trois paniers de soins			
Soins et prothèses 100 % SANTÉ			
Panier 100 % SANTÉ tel que défini réglementairement 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé		
Soins			
Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlays-onlays du panier modéré dans la limite du HLF et du panier libre	170 % BR	200 % BR	250 % BR

Prothèses prises en charge par la SS		Dans la limite de 1 250 € par A/B*	Dans la limite de 1 500 € par A/B*
Panier maîtrisé	Dans la limite de 900 € par A/B*		
Prothèses fixes sur dents visibles (dents du sourire) ⁽⁷⁾ prises en charge par la SS du panier modéré dans la limite du HLF	370 % BR	470 % BR	470 % BR
Prothèses fixes sur dents non visibles (dents du fond de bouche) prises en charge par la SS du panier modéré dans la limite du HLF	270 % BR	320 % BR	370 % BR
Inlays core pris en charge par la SS du panier modéré dans la limite du HLF	170 % BR	200 % BR	250 % BR
Panier libre			
Prothèses sur dents visibles (dents du sourire) ⁽⁷⁾ prises en charge par la SS du panier libre	125 % BR	470 % BR	470 % BR
Prothèses sur dents non visibles (dents du fond de bouche) prises en charge par la SS du panier libre	125 % BR	320 % BR	320 % BR
Inlays core pris en charge par la SS du panier libre	125 % BR	200 % BR	200 % BR
Autres dispositifs dentaires			
Orthodontie prise en charge par la SS	250 % BR	250 % BR	350 % BR
Orthodontie non prise en charge par la SS	-	-	250 % BR
Parodontologie ⁽³⁾	-	-	5 % PMSS/A/B
Forfait implantologie ⁽³⁾ (par an et par bénéficiaire)	-	12 % PMSS/A/B	12 % PMSS/A/B
AIDES AUDITIVES⁽⁸⁾			
Aides auditives : deux classes d'équipements			
Équipements 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement			
Équipement de CLASSE I		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé	
Autres équipements :			
Équipement de CLASSE II ⁽⁹⁾			
Appareil auditif/oreille	10 % PMSS/oreille	20 % PMSS/oreille	30 % PMSS/oreille
PREVENTION			
Kit confort⁽³⁾ :			
Médecine douce ⁽¹⁰⁾ : Professionnels de santé reconnus par les annuaires professionnels, non pris en charge par la SS : acupuncteur, ostéopathe, psychologue	25 €/séance Maxi 3 séances/A/B	25 €/séance Maxi 5 séances/A/B	50 €/séance Maxi 5 séances/A/B
Vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)	1,5 % PMSS/A/B	1,5 % PMSS/A/B	3 % PMSS//B
Cures thermales remboursées par la SS (hors thalassothérapie)	-	10 % PMSS/A/B	10 % PMSS/A/B
Ostéodensitométrie	-	-	100 €/A/B
Patchs anti-tabac	2 % PMSS/A/B	2 % PMSS/A/B	4 % PMSS/A/B

BR : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **SS** : Sécurité Sociale | **€** : euros | **A** : an | **B** : Bénéficiaire | **J** : Jour
PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale | **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
HLF : Honoraire Limite de Facturation

Le contrat prend en charge 100 % de la BR des prestations liées à la prévention conformément à la réglementation des contrats responsables.

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO).

(2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du remboursement des praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO et du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

(3) Forfait par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

(4) Les conditions de renouvellement de la prise en charge d'un équipement optique composé de deux verres et une monture sont fixées par l'Arrêté du 03/12/2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale :

Pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de deux ans,

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale d'un an,

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 6 mois, 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. Dans les autres cas le délai d'un an s'applique.

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- Une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(5) Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement de la Sécurité sociale.

Autres Equipements : Le remboursement de la monture de classe B est plafonné à 100 €, remboursement de la Sécurité sociale inclus.

(6) Au-delà du forfait, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale.

(7) Dents du sourire : incisives, canines, prémolaires, ce sont les dents n° 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24 et 25 (haut) ainsi que 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44 et 45 (bas).

(8) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

(9) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1 700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise), conformément à la réglementation en vigueur du « contrat responsable ».

(10) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Le nombre de séance par an et par bénéficiaire s'entend pour l'ensemble des praticiens concernés (acupuncteur, ostéopathe, psychologue).

*Hors Panier 100% Santé, au-delà du forfait annuel, la garantie qui s'applique est de 125 % BR pour chaque acte conformément au décret n° 2019-65. Les devis prothétiques sont valables 6 mois.

Catégories de verres – monture – suppléments et frais d'adaptation	REMBOURSEMENTS, par verre, dans la limite des frais réels et y compris Sécurité sociale						
		Grille optique n° 1		Grille optique n° 2		Grille optique n° 3	
	Adulte/Enfant	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant
UNIFOCAUX	CLASSE A ⁽¹⁾	CLASSE B		CLASSE B		CLASSE B	
sphère de 0 à -/+2	100 % PLV ⁽²⁾	75 €	55 €	90 €	60 €	125 €	85 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		75 €	55 €	90 €	60 €	125 €	85 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		90 €	65 €	100 €	70 €	135 €	95 €
sphère < -8 ou > +8		125 €	95 €	130 €	100 €	165 €	125 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100 % PLV ⁽²⁾	85 €	65 €	100 €	70 €	135 €	95 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		85 €	65 €	100 €	70 €	135 €	95 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		95 €	75 €	110 €	80 €	145 €	105 €
cylindre ≤ +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < S		110 €	85 €	120 €	90 €	155 €	115 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100 % PLV ⁽²⁾	135 €	105 €	140 €	110 €	175 €	135 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		135 €	105 €	140 €	110 €	175 €	135 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		140 €	115 €	150 €	120 €	185 €	145 €
cylindre > +4 sphère > -8		150 €	125 €	160 €	130 €	195 €	155 €

MULTIFOCAUX ET PROGRESSIFS	CLASSE A	CLASSE B		CLASSE B		CLASSE B	
sphère de 0 à -/+2	100 % PLV ⁽²⁾	160 €	115 €	180 €	120 €	250 €	170 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		160 €	115 €	180 €	120 €	250 €	170 €
sphère de -4 à -12 ou de +4 à +12		175 €	135 €	200 €	140 €	270 €	190 €
sphère < -12 ou > +12		175 €	135 €	200 €	140 €	270 €	190 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100 % PLV ⁽²⁾	180 €	145 €	210 €	150 €	280 €	200 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		180 €	145 €	210 €	150 €	280 €	200 €
cylindre ≤ +4 sphère de -12 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 12		190 €	155 €	220 €	160 €	290 €	210 €
cylindre ≤ +4 sphère > -12 ; sphère > 0 et 12 < S		200 €	165 €	230 €	170 €	300 €	220 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100 % PLV ⁽²⁾	180 €	145 €	210 €	150 €	280 €	200 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		180 €	145 €	210 €	150 €	280 €	200 €
cylindre > +4 sphère de -12 à -4,25		190 €	155 €	220 €	160 €	290 €	210 €
cylindre > +4 sphère > -12		200 €	165 €	230 €	170 €	300 €	220 €
MONTURES ET AUTRES LPP	CLASSE A	CLASSE B		CLASSE B		CLASSE B	
Verre neutre	100 % PLV ⁽²⁾	75 €	55 €	90 €	60 €	125 €	85 €
Monture		100 €	90 €	100 €	100 €	100 €	100 €
SUPPLEMENTS	CLASSE A	CLASSE B		CLASSE B		CLASSE B	
Prisme incorporé adulte	100 % BR	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Prisme incorporé enfant							
Prisme souple enfant moins de 6 ans							
Antiptosis Adulte							
Antiptosis Enfant							
Iséiconiques Adulte							
Iséiconiques Enfant							
Filtre teinté							
Filtre ultraviolet moins de 18 ans							
Filtre occlusion partielle moins de 6 ans							
Adaptation verres de classe A							
Adaptation verres de classe B							
Appairage niveau 1							
Appairage niveau 2							
Appairage niveau 3							

ANNEXE III. COORDONÉES DES ORGANISMES ASSUREURS

Organismes assureurs	Mentions légales	Réclamation	Médiation	Protection des données personnelles	Résiliation
APICIL Prévoyance	APICIL Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° 321 862 500, Siège social : 38 rue François Peissel - 69300 CALUIRE et CUIRE.	APICIL Prévoyance Direction Services clients - Equipe réclamation 38, rue François Peissel 69300 CALUIRE ET CUIRE	Soit par voie postale : Médiateur de la protection sociale (CTIP) 10 rue Cambacérès 75008 PARIS Soit par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/	Par courrier électronique : dpo@apicil.com Par courrier postal : APICIL Prévoyance, Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire. https://www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles	Directement via le formulaire de résiliation disponible depuis le site https://mon.apicil.com
SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE <i>La gestion des contrats co-assurés par SOLIMUT Mutuelle de France et APICIL Prévoyance est assurée par APICIL Prévoyance.</i>	Solimut Mutuelle de France, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09), immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro 383 143 617, dont le siège social est situé au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille	<i>Le traitement des réclamations est assuré par le gestionnaire APICIL Prévoyance :</i> APICIL Prévoyance Direction Services clients - Equipe réclamation 38, rue François Peissel 69300 CALUIRE ET CUIRE	Soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF 255 rue de Vaugirard 75719 PARIS cedex 15 Soit directement via le site du Médiateur de la Mutualité Française.	SOLIMUT Mutuelle de France : Soit par mail : dpo.smf@solimut.fr Soit par courrier : DPO - Solimut Mutuelle de France, UGM Solimut, Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille. APICIL Prévoyance : Par courrier électronique : dpo@apicil.com Par courrier postal : APICIL Prévoyance, Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire. https://www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles	<i>Le traitement des demandes de résiliation est assuré par le gestionnaire APICIL Prévoyance :</i> Directement via le formulaire de résiliation disponible depuis le site https://mon.apicil.com
AESIO Mutuelle	AESIO Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391 dont le siège social est 4 rue du Général Foy 75008 PARIS.	soit par courrier à AESIO Mutuelle - Service Réclamations - 67 rue des Cras 25041 BESANCON Cedex, soit par mail à	Soit par voie postale : Monsieur le Médiateur 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 :	par courrier papier à l'adresse suivante : AESIO Mutuelle, Délégué à la protection des données, 4 rue du Général Foy 75008 PARIS - par mail à l'adresse suivante : aesio.dpo@aesio.fr	- 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

		reclamations @AESIOmutuelle.fr. Elles feront l'objet d'une réponse circonstanciée.	https://www.saisine.mediateur-mutualite.fr		
HARMONIE MUTUELLE	HARMONIE MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518473 - Numéro LEI 969500JLU5ZH89G 4TD57 - Siège social : 143 rue Blomet, 75015 PARIS	HARMONIE MUTUELLE - Service Qualité Relation Adhérents - CS 81021 - 49010 ANGERS CEDEX 01	Médiateur de la consommation auprès de la Mutuelle HARMONIE MUTUELLE - 4-6 rue Victor Massé - 56100 Lorient ou à Centre de Médiation Médicys - 73 Boulevard de Clichy - 75009 Paris https://mediation.harmonie-mutuelle.fr	Harmonie Mutuelle - Service DPO - 29 quai François Mitterrand - 44273 Nantes Cedex 2 dpo@harmonie-mutuelle.fr	HARMONIE MUTUELLE, 143 rue Blomet, 75015 PARIS
MUTUELLE OCIANE MATMUT	Mutuelle Ociane Matmut Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 434 243 085, Siège social : 35, rue Claude Bonnier 33054 BORDEAUX Cedex	Par courrier à : Service « Réclamations » du Groupe Matmut, 66 rue de Sotteville 76030- ROUEN Cedex 1	Par courrier à : La Médiation de l'Assurance TSA 50110 75441 Paris Cedex 09	Par courrier à : Matmut 66 rue de Sotteville 76100 ROUEN Ou par courriel à : dpd@matmut.fr	Mutuelle Ociane Matmut Pôle Gestion des Contrats 35 Rue Claude BONNIER 33054 Bordeaux Cedex.



APICIL Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° 321 862 500, dont le siège social est 38 rue François Peissel - 69300 CALUIRE et CUIRE.



SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°383 143 617, dont le siège social est Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille.



AÉSIO Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391 dont le siège social est 4 rue du Général Foy 75008 PARIS.



Mutuelle Ociane Matmut, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 434 243 085, Siège social : 35, rue Claude Bonnier 33054 BORDEAUX Cedex



HARMONIE MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518473 – Numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57 – Siège social : 143 rue Blomet, 75015 PARIS

