



## **NOTICE INFORMATION**

### **REGIME CONVENTIONNEL FRAIS DE SANTE**

**DES ENTREPRISES RELEVANT  
DU CHAMP D'APPLICATION DE LA  
CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE  
DES ACTEURS DU LIEN SOCIAL ET FAMILIAL DU 4 JUIN 1983**

**IDCC n° 1261**

**NI-FM-ALISFA-12-2024**

## SOMMAIRE

|                                                                        |           |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>PREAMBULE</b>                                                       | <b>3</b>  |
| <b>I - LES BENEFICIAIRES DU REGIME FRAIS DE SANTE OBLIGATOIRE</b>      | <b>4</b>  |
| <b>II - PRISE D'EFFET, SUSPENSION, MAINTIEN ET TERME DES GARANTIES</b> | <b>5</b>  |
| <b>III - VOS GARANTIES ET PRESTATIONS</b>                              | <b>8</b>  |
| <b>IV - VOS COTISATIONS</b>                                            | <b>13</b> |
| <b>V - DISPOSITIONS GENERALES</b>                                      | <b>14</b> |
| <b>ANNEXES</b>                                                         | <b>18</b> |

## PREAMBULE

Conformément au régime frais de santé organisé par la **Convention Collective Nationale des Acteurs du Lien Social et Familial du 4 juin 1983**, modifié en dernier lieu par l'avenant n° 07-22 du 27 octobre 2022, votre employeur a souscrit au bénéfice de l'ensemble de son personnel, un Contrat collectif à adhésion **obligatoire**, qui a pour objet de compléter les prestations en nature versées par la Sécurité sociale, en remboursement des frais médico-chirurgicaux occasionnés par une maladie ou un accident.

La gestion de vos prestations est confiée à l'un des **Organismes assureurs ou organismes gestionnaires**, ci-après listés, auprès duquel votre employeur a souscrit le Contrat, objet de la présente Notice d'information.

- **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 : 51 boulevard Marius Vivier Merle – 69003 LYON.

**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 : 173 rue de Bercy – 75012 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 OCIAINE 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

La présente Notice d'information vous précise les garanties et les prestations auxquelles vous pouvez prétendre au titre du Contrat Frais de santé obligatoire souscrit par votre employeur, ainsi que leurs modalités de prise en charge, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir.

Ce document vous indique également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions ou des limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription.

**Vos droits et obligations, notamment les modalités de calcul peuvent être modifiés par voie d'avenant au Contrat souscrit par votre employeur, qui vous informe de ces modifications.**

Outre le remboursement des prestations Frais de santé, vous avez, lorsqu'il le propose, accès, en qualité de membre participant de l'Organisme assureur aux prestations d'actions sociales de l'Organisme assureur ainsi qu'à tous les services associés : centres d'optique, de santé dentaire, services pour personnes handicapées, etc...

**Votre employeur doit vous remettre obligatoirement, dès lors que vous êtes dûment affilié, un exemplaire de la présente Notice d'information et, le cas échéant, les statuts de l'organisme assureur dont vous relevez. Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, une nouvelle Notice (ou additif à celle-ci) devra vous être remise par votre employeur.**

**Nous mettons tout en œuvre pour vous assurer une protection sociale de qualité.  
Pour tout renseignement, n'hésitez pas à contacter votre organisme assureur défini dans votre Bulletin individuel d'affiliation.**

## I - LES BENEFICIAIRES DU REGIME FRAIS DE SANTE

### A. QUI PEUT BENEFICIER DES GARANTIES FRAIS DE SANTE ?

Les garanties « Frais de Santé » du Contrat collectif souscrit par votre employeur vous sont accordées, sans délai de carence, sous réserve de satisfaire aux conditions cumulatives suivantes :

- être un salarié titulaire d'un contrat de travail et inscrit aux effectifs de l'entreprise adhérente,
- et être affilié au régime général ou à la Mutualité Sociale Agricole ou au régime local Alsace Moselle de la Sécurité sociale.

Ainsi affilié, vous acquérez la qualité de « Membre participant » ou de « Participant » de l'organisme assureur ou gestionnaire dont relève votre entreprise. Dans le présent document, vous êtes désigné comme le « Membre participant ».

L'ensemble des salariés, présents à la date de prise d'effet du Contrat souscrit par votre employeur, ainsi que ceux embauchés postérieurement sont affiliés, de manière **obligatoire**, sous réserve des cas de dispenses prévues réglementairement.

Les ayants droit du Membre participant tels que définis ci-après, peuvent bénéficier de l'affiliation au régime Frais de santé à titre **facultatif**, au même niveau de garanties que le Membre Participant.

#### Ayants droit

On entend par ayant droit du Membre participant :

- L'époux ou épouse de l'assuré, même séparé de corps, mais non divorcé, à condition de ne pas exercer d'activité ;
- La personne vivant en couple sans être mariée avec l'assuré (union libre ou pacte civil de solidarité [Pacs]), à condition d'être à sa charge effective, totale et permanente ;

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

- Les enfants fiscalement 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 ;
    - être à la 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.

### B. LES FORMALITES D'AFFILIATION

L'affiliation au régime Frais de santé nécessite d'accomplir certaines formalités.

Vous devez compléter le **Bulletin Individuel d'Affiliation** qui vous a été remis par votre employeur et vous devez l'adresser à l'organisme assureur ou gestionnaire dont relève votre entreprise, par l'intermédiaire de votre employeur, accompagné des pièces justificatives mentionnées dans ce bulletin et ci-après.

Dès la remise de l'ensemble de ces documents, votre organisme assureur ou gestionnaire vous mettra à votre disposition une attestation de droit tiers payant dématérialisée.

Outre le Bulletin Individuel d'Affiliation, pour bénéficier des prestations, vous devez également fournir une copie de votre Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (carte Vitale) ainsi qu'un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN et, le cas échéant, un mandat SEPA dûment complété et signé.

#### **MODALITE D'AFFILIATION DES AYANTS DROIT**

Les ayants droit déclarés en même temps que votre propre affiliation, bénéficient des garanties à la même date d'effet.

En cas d'évènement conférant la qualité d'ayant droit au sens du contrat, (mariage, pacs, naissance, ...), **l'adjonction d'un nouvel ayant droit doit être formulée par écrit à l'organisme assureur au plus tard avant la fin du deuxième (2°) mois qui suit la date de survenance de l'évènement**. Dans ce cas, la date d'effet de cette modification est fixée au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la demande du participant, accompagnée des pièces justificatives.

Dans tout autre cas, l'adjonction d'un ayant droit ne pourra donner lieu à garantie qu'à effet du 1<sup>er</sup> janvier de l'année, sous réserve d'être déclaré au plus tard le 31 octobre qui précède.

#### **CESSATION D'AFFILIATION DES AYANTS DROIT**

L'affiliation de vos ayants droit prend fin en cas de cessation de votre affiliation.

Elle cesse également :

- À la date à laquelle vos ayants droit ne remplissent plus les conditions posées ci-avant.
- Au 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous demandez la résiliation de votre ayant droit. Cette demande doit être adressée à l'organisme assureur au plus tard le 31 octobre de la même année.

Un mois après votre demande de résiliation pouvant être formulée à tout moment, après un délai préalable d'un an minimum d'adhésion.

- En cas de modification des garanties, vous pouvez demander la radiation de vos ayants droit dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information par l'employeur. Cette demande de résiliation ne peut prendre effet qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.

Le cas échéant, la cessation de l'affiliation des ayants droit au titre du contrat socle collectif obligatoire emporte nécessairement la cessation de l'affiliation des ayants droit sur les garanties facultatives.

#### **MODIFICATION DE VOTRE SITUATION ADMINISTRATIVE**

Vous devez également signaler dans les plus brefs délais à votre organisme assureur ou gestionnaire toute modification relative à la gestion de votre dossier (changement d'adresse, d'organisme de Sécurité sociale, de coordonnées bancaires...).

À défaut, les lettres recommandées adressées à votre dernier domicile connu produiront tous leurs effets.

L'organisme assureur ou gestionnaire se réserve par ailleurs le droit de réclamer toute autre pièce justificative complémentaire.

## **II - PRISE D'EFFET, MODIFICATION, SUSPENSION, MAINTIEN ET TERME DES GARANTIES**

### **A. PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES MISES EN PLACE A TITRE OBLIGATOIRE**

Sous réserve du respect des modalités d'affiliation, les garanties entrent en vigueur :

- Soit à la date de prise d'effet du Contrat collectif « Frais de Santé » souscrit par votre employeur, si vous faites partie des effectifs à cette date.
- Soit à votre entrée au sein de l'entreprise adhérente relevant de la Convention Collective Nationale du 4 juin 1983, lorsque vous êtes embauché postérieurement à la date d'effet du Contrat, sous réserve que vous ayez été déclaré à l'organisme assureur ou gestionnaire par votre employeur, par le biais d'un Bulletin Individuel d'Affiliation dans un délai de 30 jours.
- Soit au jour de votre 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 la date de réception de la demande par l'organisme assureur.

**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 de votre affiliation au Contrat, 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.**

### **B. PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES FACULTATIVES**

#### **OPTIONS FACULTATIVES POUR AMELIORER LE NIVEAU VOS GARANTIES**

Lorsque la garantie souscrit par votre employeur prévoit un régime optionnel, vous pouvez demander votre adhésion à ce régime pour vous-même et vos ayants droit.

- La demande d'adhésion aux garanties optionnelles effectuées en même temps que votre propre affiliation au régime de base obligatoire prend effet à la même date que cette dernière.
- En cas de demande postérieure, la demande prend effet au 1<sup>er</sup> janvier suivant, sous réserve d'en avoir fait la demande deux mois avant l'échéance annuelle.

## **OPTION FACULTATIVE POUR ETENDRE VOS GARANTIES A VOS AYANTS DROIT**

Les ayants droit déclarés par vos soins lors de votre affiliation bénéficient des garanties à la même date d'effet que vos propres garanties.

**En cas d'évènement conférant la qualité d'ayant droit au sens du contrat (mariage, pacs, naissance, ...), vous pouvez demander l'adjonction d'un nouvel ayant droit par écrit à l'organisme assureur au plus tard avant la fin du troisième mois qui suit la date de survenance de l'évènement.** Dans ce cas, la date d'effet des garanties du nouvel ayant droit est fixée au 1<sup>er</sup> jour du mois = de l'évènement, sous réserve de la réception des pièces justificatives.

Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande.

**Dans tout autre cas, l'adjonction d'un ayant droit ne pourra donner lieu à garantie qu'à effet du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande.**

## **B. MODIFICATION ET RESILIATION DES GARANTIES FACULTATIVES SOUSCRITES**

### **MODIFICATION DES GARANTIES**

Lorsque vous adhérez à une garantie facultative, cela concerne vous-même mais également vos ayants droit inscrits au régime conventionnel.

**Vous avez la possibilité de changer de formule de prestations au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sous réserve d'en faire la demande au moins deux mois avant la fin de l'année civile,** par écrit, en complétant un Bulletin Individuel de Modification ou directement via son espace digital personnel.

**Un tel changement ne peut toutefois intervenir qu'après deux années complètes d'affiliation à l'une des formules.**

**La condition de deux années n'est pas requise en cas de changement de situation de famille** (mariage, divorce, PACS, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint, concubin, partenaire pacsé...). Dans ce cas, le changement interviendra le premier jour du mois civil suivant la demande sous réserve qu'elle soit formulée dans les 2 mois suivant l'évènement.

### **RESILIATION DES GARANTIES**

**L'adhésion à une garantie facultative est acquise dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année ; elle se poursuit par tacite reconduction.**

**Vous pouvez demander la résiliation à une garantie facultative :**

- **à l'échéance annuelle du 31 décembre sous réserve d'en faire la demande à l'organisme assureur deux (2) mois avant la date d'échéance, soit le 31 octobre ;**
- **à tout moment 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.**
- **En cas de modification des garanties, vous pouvez demander la radiation de vos garanties optionnelles dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information par l'employeur. Cette demande de résiliation ne peut prendre effet qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties. Dans ce cas, vous continuerez, éventuellement avec vos ayants droit, à être couvert au titre du régime de base.**

**La notification de la résiliation de l'affiliation peut être effectuée, au choix :**

- **Par lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique ;**
- **Par lettre simple ou tout autre support durable ;**
- **Par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;**
- **Par 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 ; à cet effet la demande de résiliation du contrat peut être formulée directement sur le site internet de l'organisme assureur ;**
- **Par tout autre moyen prévu par le contrat.**

Dans l'hypothèse d'une résiliation à une garantie facultative, **toute nouvelle affiliation n'est possible qu'à l'issue d'un délai de 2 ans entre la dénonciation et la nouvelle affiliation. Ce délai ne court pas en cas de modification familiale ou professionnelle.**

## **C. CAS DE SUSPENSION D'UN CONTRAT DE TRAVAIL**

### **1/ SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL INDEMNISEE ET/OU REMUNEREE**

**Le bénéfice des garanties définies à la présente Notice est maintenu pendant toute la durée de suspension de votre contrat de travail et ce, dans les mêmes conditions que lorsque vous étiez en activité, en cas de suspension de votre contrat de travail 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,
- ou sous la forme d'un revenu de remplacement.],

Le bénéfice des garanties définies à la présente Notice est également maintenu au profit des salariés 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 ;
- Congé de reclassement ;
- Congé de mobilité.

**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 pour les salariés en activité.**

## **2/ SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON INDEMNISEE, NON REMUNEREE**

**Les garanties sont suspendues de plein droit pour tous les cas de suspension du contrat de travail non rémunéré, non indemnisé, non visés par l'article 1 ci-dessus. Notamment, si vous vous trouvez dans l'un des cas suivants de suspension du contrat de travail :**

- 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 ou rémunération, telle que décrite ci-dessus.

**La suspension des garanties intervient à la date de cessation de votre activité professionnelle au sein de votre entreprise et s'achève dès votre reprise effective du travail, sous réserve que votre organisme assureur ou gestionnaire en soit informé dans un délai de trois (3) mois suivant votre reprise, faute de quoi la date de remise en vigueur des garanties sera la date à laquelle l'organisme assureur ou gestionnaire aura été informé de votre reprise effective du travail.**

**Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due et les frais médico-chirurgicaux dont la date des soins se situe durant la période de suspension ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du régime Frais de santé (la date de survenance retenue étant la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale).**

**Vous pouvez néanmoins bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien des garanties énoncées dans la présente Notice, selon les modalités décrites en Annexe I-A.**

### **D. MAINTIEN DES GARANTIES**

#### **Anciens salariés privés d'emploi et indemnisés par l'Assurance Chômage (portabilité)**

En application de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, vous pouvez bénéficier à titre gratuit du maintien des garanties collectives définies à la présente Notice d'information, sous réserve de satisfaire aux conditions cumulatives suivantes :

- votre contrat de travail doit avoir pris fin : 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 reconnu légitime par l'Assurance chômage, convention de reclassement personnalisé notamment) **à l'exception du licenciement pour faute lourde ;**
- vous devez justifier auprès de l'organisme assureur de votre prise en charge par le régime d'assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;
- vos droits à prestations doivent avoir été ouverts chez votre dernier employeur, c'est-à-dire que vous bénéficiez, à la date de cessation de votre contrat de travail, du régime de frais de santé prévu à la présente Notice d'information.

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation de votre contrat de travail (terme du délai de préavis, effectué ou non), et se prolonge pendant une durée égale à la période d'indemnisation chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le dernier employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder douze (12) mois.**

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

Les modalités et les conditions dans lesquelles ce maintien est organisé, sont définies en Annexe I – B - de la présente Notice.

#### **En cas de rupture du contrat de travail (prolongation de garantie)**

**En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite Loi EVIN)**, vous pouvez bénéficier du maintien de vos garanties collectives, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux sous réserve de satisfaire aux conditions cumulatives suivantes :

- ✓ 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 (12) mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les **six (6) mois** suivant le décès du salarié.

**Sous réserve de respecter les délais précités, les garanties prennent effet au plus tôt à la date de cessation de votre contrat de travail ou à la fin de la période de portabilité, ou à la date de votre décès pour vos ayants droit et au plus tard le lendemain de votre demande.**

Les modalités et les conditions dans lesquelles ce maintien est organisé, sont définies en Annexe I – C - de la présente Notice.

#### **E. CESSATION DES GARANTIES**

**Les garanties cessent :**

- en cas de défaut de paiement des cotisations, de la couverture facultative des conjoints, des garanties optionnelles et des maintiens facultatifs, à l'issue de la procédure prévue à cet effet ;
- à la date de la liquidation de votre pension de retraite de la Sécurité sociale, sauf si vous vous trouvez en situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur ;
- à la date de rupture de votre contrat de travail (au terme du préavis effectué ou non), sous réserve des dispositions relatives au maintien des garanties dans le cadre de la portabilité et de la loi Evin ;
- à la date à laquelle vous ne remplissez plus les conditions d'appartenance à la catégorie de personnel bénéficiaire de ce régime frais de santé ;
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du Contrat souscrit par votre employeur ;
- à la date d'effet de votre demande de radiation pour vos ayants droit ;
- à la date d'effet de votre demande de résiliation pour vos garanties optionnelles ;
- en cas de décès du membre participant. La cotisation due est calculée au prorata du nombre de jours couverts avant le décès.

**La résiliation du contrat socle entraîne la résiliation du contrat collectif à adhésion facultative.**

**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.**

### **III - VOS GARANTIES ET PRESTATIONS**

Les garanties « Frais de Santé » qui vous sont accordées au titre du régime mis en place par votre employeur, sont celles définies dans le tableau de garanties figurant en annexe II.

Les montants de prestations complètent pour les différents postes décrits et dans les limites énoncées, l'indemnisation effectuée 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 des garanties définies à la présente Notice, sauf dérogations expressément indiquées dans le tableau des garanties figurant ci-après.

#### **A. 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 L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

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.

**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 Forfait Patient Urgences (FPU) ;
- ✓ 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.

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

- ✓ la participation 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 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.

### **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 du 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 contrepartie, 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.

### **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.

### **Territorialité**

**Les garanties ne sont acquises qu'aux salariés 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 s'ils ont été pris en charge directement ou indirectement par un régime obligatoire d'Assurance Maladie français et à concurrence de ce qui aurait été accordé si les soins avaient été réalisés en France (ces frais font normalement l'objet d'un décompte de Sécurité sociale). Les remboursements sont alors effectués en euros.**  
**En conséquence, les actes non pris en charge par la Sécurité sociale ou ne rentrant pas dans le cadre légal effectués à l'étranger ne sont pas remboursés.**

## **B. MODALITES DE CALCUL DES PRESTATIONS**

### **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 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.

### **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.

### **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 conventionné 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.**

### **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.

### **Forfait Patient Urgences**

Il s'agit de la participation aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, autorisée, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

### **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.**

### **Séances de psychologie**

Les séances de psychologie, prises en charge par la Sécurité sociale dans le cadre du dispositif « *MonSoutienPsy* », font l'objet d'un remboursement complémentaire au titre du présent contrat conformément aux dispositions légales. **Les séances d'accompagnement sont prises en charge dans la limite de 12 séances par an.**

## 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 effectuée dans le respect des planchers et plafonds prévus à l'article R.871-2 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.

**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.**

Il existe trois types de corrections :

#### **Correction simple :**

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

#### **Correction complexe :**

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

### Correction très complexe :

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Pour déterminer le montant maximum de remboursement d'un équipement « mixte », il faut cumuler la valeur maximale des deux types de verres concernés, puis diviser cette somme par deux.

Un équipement est dit mixte lorsqu'il est composé :

- d'un verre simple et d'un verre complexe ;
- ou d'un verre simple et d'un verre très complexe ;
- ou d'un verre complexe et d'un verre très complexe.

### 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.

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.**

### 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).

### 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 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 plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond 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 par l'assurance maladie obligatoire.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille est **limitée à une aide auditive tous les quatre (4) 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.



est

le  
n'inclut

charge

## **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 indemnités au titre de l'assurance Maternité intervenant durant la période comprise entre le 1<sup>er</sup> jour du 6<sup>e</sup> 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.

### **C. NATURE DES GARANTIES ET PRESTATIONS**

Les prestations auxquelles les garanties santé donnent droit sont des prestations en espèces et indemnitaires, ainsi **les remboursements ou indemnités de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont 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 le remboursement en s'adressant à l'organisme de son choix.**

### **D. DELAI 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.

Les remboursements sont effectués par virement en euros.

## **IV - VOS COTISATIONS**

### **A. COTISATION REGIME DE BASE**

Vos cotisations mensuelles sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de leur exigibilité.

Vos cotisations du régime de base sont appelées trimestriellement à terme échu auprès de votre employeur par l'assureur dont il relève.

Votre quote-part dans le financement du régime, et éventuellement celle de vos enfants, est précomptée sur votre salaire par l'employeur. L'entreprise est seule responsable du paiement de la totalité de vos cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur votre salaire.

### **B. COTISATION REGIME FACULTATIF**

Vos cotisations aux régimes optionnels, ainsi qu'à l'extension de la complémentaire santé aux conjoints ayants droit, sont payables mensuellement d'avance, par prélèvement sur votre compte bancaire par l'organisme assureur ou gestionnaire.

Vous êtes seul responsable du paiement de la cotisation.

#### **Défaut de paiement des cotisations**

**En cas de non-paiement de la cotisation dans un délai de dix (10) jours suivant la date de son échéance, l'assureur vous adresse une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception (ou à votre ayant droit défaillant), vous informant des conséquences du non-paiement.**

**Si quarante (40) jours plus tard, la cotisation n'est toujours pas payée, l'assureur vous informe et informe votre ayant droit de la cessation automatique de votre ou de sa garantie ainsi que de votre ou son exclusion du régime facultatif.**

**La cessation ne peut faire obstacle au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur des cotisations.**

## **C. COTISATION REGIME D'ACCUEIL**

### **Modalités de paiement des cotisations**

Vos cotisations sont appelées sur les mêmes bases (structure et montant) que celles appliquées pour les salariés en activité, étant précisé **qu'elles sont entièrement à votre charge**.

Les cotisations sont payables mensuellement d'avance, par prélèvement sur votre compte bancaire par l'organisme assureur ou gestionnaire.

### **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 du groupe assuré.**

**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, vous êtes informé qu'à l'expiration du délai précité, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner votre exclusion des garanties définies au Contrat collectif, le cas échéant.**

**La cessation ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur des cotisations.**

## **V - DISPOSITIONS GENERALES**

### **A. EXCLUSIONS 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 certains 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.**

### **B. FAIT GÉNÉRATEUR**

**Seuls les frais engagés durant la période de garantie, c'est-à-dire entre la date d'effet du Contrat et la date de cessation des garanties, ouvrent droit à prestations.**

**Ainsi, s'agissant du remboursement des frais, la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale est seule prise en considération (et non la date de prescription par le professionnel de santé). Il en ira de même pour les prothèses dentaires.**

**En cas de prise en charge hospitalière, il sera procédé de la façon suivante : si la prise en charge est donnée alors que le membre participant est encore affilié mais que la durée du séjour à l'hôpital va au-delà de la période de garantie (le membre participant n'étant plus affilié lors de son départ de l'hôpital), l'organisme assureur lui demandera alors le remboursement des sommes afférentes à la période non garantie.**

**Pour les actes en série (soins infirmiers, kinésithérapie...) : en cas de cessation des garanties avant la fin des soins, ou si le traitement est engagé antérieurement à l'ouverture des garanties, la prise en charge se fera au prorata temporis.**

### **C. INDUS**

**Vous restez redevable des sommes perçues à tort. A titre d'exemple, lorsque vous avez perçu des remboursements de frais engagés en dehors de la période de garantie ou en cas de fraude, qu'ils aient été perçus directement par vous ou payés pour votre compte à des professionnels de santé dans le cadre du tiers payant.**



Ce principe s'applique quelle que soit la date de déclaration de votre radiation.

## **D. PRESCRIPTION**

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

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

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance,
- En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Si l'action du bénéficiaire contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le bénéficiaire ou a été indemnisé par ce dernier.

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 avec accusé de réception adressée par l'organisme à l'entreprise ou au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et/ou le règlement de la prestation.

L'envoi du recommandé électronique doit satisfaire aux exigences de l'article L. 100 du code des postes et communications électroniques.

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.

La demande de médiation suspend la prescription à condition qu'elle soit considérée recevable par le Médiateur.

## **E. 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 d'un accident, contre les tiers responsables et **dans la limite des dépenses supportées.**

En cas de sinistre, lorsque le fait générateur est un accident ou un fait volontaire imputable à un tiers, le membre participant est **tenu d'en informer l'organisme assureur dans un délai de 3 mois** (sauf cas de force majeure). En effet, dans le cas de la présence d'un tiers responsable, l'organisme assureur doit pouvoir se retourner vers l'assureur du tiers responsable.

**A défaut d'information par le membre participant, l'organisme assureur se réserve le droit de faire application de l'article 15 de la loi n°85.677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs, un droit de recours contre la victime de l'accident pour obtenir le remboursement des prestations versées à cet accident.**

## **F. ORGANISME DE CONTROLE**

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

## **G. RECLAMATION – MEDIATION**

Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement envers un professionnel quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée. Toute réclamation peut être formulée par oral ou par écrit.

Lorsque la réclamation est formulée oralement, si vous n'êtes pas satisfait de la réponse apportée, vous pouvez alors formuler son insatisfaction au moyen d'un écrit.

La réclamation peut être formulée directement par écrit auprès de l'Organisme Assureur/et ou gestionnaire identifiable sur votre Bulletin Individuel d'Affiliation, et dont les coordonnées sont mentionnées en Annexe III.

A compter de l'envoi de la réclamation, l'organisme assureur ou le gestionnaire doit en accuser réception dans un délai maximum de dix (10) jours ouvrables, sauf si la réponse est apportée dans ce délai. La réponse définitive sera envoyée dans un délai maximum de deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

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.

En tout état de cause, le médiateur peut être saisi deux (2) mois après l'envoi d'une première réclamation écrite.

Etant précisé que certains litiges ne relèvent pas de la compétence du médiateur (ex : les résiliations de contrat, les augmentations de cotisation ou encore les procédures de recouvrement).

## **H. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE 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 »).

L'organisme assureur a nommé un délégué à la protection des données personnelles dont les coordonnées sont précisées en Annexe III.

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 peuvent également être utilisées pour la lutte contre la fraude, pouvant conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Le traitement est alors fondé sur l'intérêt légitime du responsable de traitement dans le respect des droits et intérêts du membre participant.

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.

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 :

- demander l'accès à ses données personnelles,
- demander la rectification de celles-ci,
- demander leur effacement,
- demander une limitation du traitement mis en œuvre,
- s'opposer pour des raisons tenant à sa situation particulière, à un traitement des données à caractère personnel la concernant, quand le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de l'organisme assureur ou nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public,
- retirer son consentement quand le traitement est fondé sur le consentement,
- portabilité des données,
- 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 une demande à l'organisme assureur (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://www.bloctel.gouv.fr/>. Toutefois, tant que le contrat est en cours, cette inscription n'interdit pas à l'organisme assureur de démarcher téléphoniquement le membre participant si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de l'organisme assureur, à l'adresse mentionnée ci-dessus, à l'utilisation de ses coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.



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.

## ANNEXE I - MAINTIEN DES GARANTIES

### A - SALARIES EN SUSPENSION DE CONTRAT DE TRAVAIL NE DONNANT PAS LIEU A INDEMNISATION

Vos garanties peuvent être maintenues si votre contrat de travail est suspendu sans aucune indemnisation ou rémunération, dans les conditions définies au paragraphe II-C-2/ « Suspension du contrat de travail non indemnisée, non rémunérée » de la présente Notice d'information.

La demande de maintien doit être effectuée par écrit auprès de l'organisme assureur ou gestionnaire, au plus tard dans **le mois** suivant la date de début de la 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 au plus tard :**

- à la date de fin de la suspension de votre contrat de travail ;
- à l'issue de la procédure en cas de non-paiement des cotisations ;
- à la date d'effet de la résiliation de votre adhésion individuelle, étant précisé que cette résiliation est définitive ;
- à la date de liquidation de votre pension retraite de la Sécurité sociale, sauf si vous êtes dans le cadre du cumul emploi retraite prévu par la législation en vigueur ;
- à la date de rupture de votre contrat de travail (correspondant au terme du contrat de travail, préavis effectué ou non) sous réserve du respect de la portabilité des droits et de la loi Evin ;
- à la date de la résiliation du Contrat souscrit par votre employeur ;
- et, en tout état de cause, à la date de votre décès, sous réserve des dispositions afférentes à la loi Evin.

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

#### 3) Cotisations

Vos cotisations seront appelées sur les mêmes tarifs que ceux appliqués aux salariés actifs.

**Les cotisations sont intégralement à votre charge**, et sont payables 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, vous pouvez 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, vous êtes informé qu'à l'expiration du délai précité, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner votre 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.

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

Conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, les anciens salariés bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties des actifs, 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 à la présente notice, les anciens salariés satisfaisants 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 souscriptrice**

**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 de votre contrat de travail.

### **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, apprécié en mois.

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 de bénéficier de cette indemnisation ;**
- **en cas et à la date d'effet de la résiliation du contrat collectif souscrit par votre ancien employeur ;**
- **en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle vous pouvez 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 en vigueur pour les salariés en activité.

## **5) Modifications contractuelles**

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

## **C - ANCIENS SALARIES (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 (12) 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 cité à l'article 2) c).**

**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 – RESUME DES GARANTIES

### Ensemble du personnel

En vigueur au 01/01/2025

| NATURE DES FRAIS                                                                                                                                                                                                       | REMBOURSEMENTS<br>dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale |                                       |                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                        | BASE<br>CONVENTIONNELLE<br>OBLIGATOIRE                                                              | BASE<br>CONVENTIONNELLE<br>+ OPTION 1 | BASE<br>CONVENTIONNELLE<br>+ OPTION 2 |
| <b>SOINS COURANTS</b>                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                     |                                       |                                       |
| <b>Analyses et examens de laboratoire</b>                                                                                                                                                                              |                                                                                                     |                                       |                                       |
| Analyses et examens de laboratoire                                                                                                                                                                                     | 100 % BR                                                                                            | 100 % BR                              | 175 % BR                              |
| <b>Honoraires médicaux</b>                                                                                                                                                                                             |                                                                                                     |                                       |                                       |
| <b>Consultations, visites et téléconsultations généralistes :</b>                                                                                                                                                      |                                                                                                     |                                       |                                       |
| Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>                                                                                                                                                     | 120 % BR                                                                                            | 140 % BR                              | 220 % BR                              |
| Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>                                                                                                                                                 | 100 % BR                                                                                            | 120 % BR                              | 200 % BR                              |
| Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>                                                                                                                                                                            | 100 % BR                                                                                            | 120 % BR                              | 200 % BR                              |
| <b>Consultations, visites et téléconsultations spécialistes :</b>                                                                                                                                                      |                                                                                                     |                                       |                                       |
| Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>                                                                                                                                                     | 220 % BR                                                                                            | 220 % BR                              | 220 % BR                              |
| Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>                                                                                                                                                 | 200 % BR                                                                                            | 200 % BR                              | 200 % BR                              |
| Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>                                                                                                                                                                            | 200 % BR                                                                                            | 200 % BR                              | 200 % BR                              |
| <b>Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM)</b>                                                                                                                                              |                                                                                                     |                                       |                                       |
| Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>                                                                                                                                                     | 145 % BR                                                                                            | 145 % BR                              | 220 % BR                              |
| Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>                                                                                                                                                 | 125 % BR                                                                                            | 125 % BR                              | 200 % BR                              |
| Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>                                                                                                                                                                            | 125 % BR                                                                                            | 125 % BR                              | 200 % BR                              |
| <b>Actes d'imagerie (ADI) et d'échographie (ADE) :</b>                                                                                                                                                                 |                                                                                                     |                                       |                                       |
| Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>                                                                                                                                                     | 120 % BR                                                                                            | 120 % BR                              | 195 % BR                              |
| Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>                                                                                                                                                 | 100 % BR                                                                                            | 100 % BR                              | 175 % BR                              |
| Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>                                                                                                                                                                            | 100 % BR                                                                                            | 100 % BR                              | 175 % BR                              |
| <b>Honoraires paramédicaux</b>                                                                                                                                                                                         |                                                                                                     |                                       |                                       |
| Auxiliaires médicaux - Professionnels de santé pris en charge par la Sécurité sociale : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens. | 100 % BR                                                                                            | 100 % BR                              | 175 % BR                              |
| Psychologues pris en charge par la Sécurité sociale <sup>(3)</sup>                                                                                                                                                     | 100 % BR                                                                                            | 100 % BR                              | 100 % BR                              |
| <b>Médicaments</b>                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                     |                                       |                                       |
| Pharmacie remboursée à 65 %, 30 % et 15 %                                                                                                                                                                              | 100 % BR                                                                                            | 100 % BR                              | 100 % BR                              |
| <b>Autres soins courants</b>                                                                                                                                                                                           |                                                                                                     |                                       |                                       |
| Frais de transport en ambulance accepté par la Sécurité sociale                                                                                                                                                        | 100 % BR                                                                                            | 100 % BR                              | 100 % BR                              |
| Participation forfait actes lourds                                                                                                                                                                                     | 100 % FR                                                                                            | 100 % FR                              | 100 % FR                              |
| <b>Matériel médical :</b>                                                                                                                                                                                              |                                                                                                     |                                       |                                       |
| Grand appareillage pris en charge par la Sécurité sociale – exemple : fauteuil roulant, lit médicalisé                                                                                                                 | 175 % BR                                                                                            | 175 % BR                              | 275 % BR                              |
| Petit appareillage prise en charge par la Sécurité sociale – exemple : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire                                                                                            | 175 % BR                                                                                            | 175 % BR                              | 275 % BR                              |
| <b>HOSPITALISATION</b>                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                     |                                       |                                       |
| <b>Limite annuelle de 25 % du PASS par an et par bénéficiaire pour le non conventionné (hors ticket modérateur)</b>                                                                                                    |                                                                                                     |                                       |                                       |
| <b>Honoraires y compris maternité</b>                                                                                                                                                                                  |                                                                                                     |                                       |                                       |
| 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 <sup>(1)</sup>                                                                                                                                                     | 220 % BR                                                                                            | 220 % BR                              | 220 % BR                              |

|                                                                                        |                                             |                                             |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>                 | 200 % BR                                    | 200 % BR                                    | 200 % BR                                    |
| Praticiens non conventionnés <sup>(2)</sup>                                            | 200 % BR                                    | 200 % BR                                    | 200 % BR                                    |
| <b>Forfait journalier hospitalier</b>                                                  |                                             |                                             |                                             |
| Participation forfaitaire aux frais d'hébergement                                      | 100 % FR                                    | 100 % FR                                    | 100 % FR                                    |
| <b>Autres frais d'hospitalisation</b>                                                  |                                             |                                             |                                             |
| Frais de séjour en établissement conventionné ou non conventionné                      | 200 % BR                                    | 250 % BR                                    | 300 % BR                                    |
| Frais de transport en ambulance accepté par la Sécurité sociale                        | 100 % BR                                    | 100 % BR                                    | 100 % BR                                    |
| Forfait Patient Urgences*                                                              | 100 % FR                                    | 100 % FR                                    | 100 % FR                                    |
| 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/jour | 100 % FR dans la limite de 1,50 % PMSS/jour | 100 % FR dans la limite de 1,50 % PMSS/jour |
| 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                   | -                                           | -                                           | 100 % FR dans la limite de 3 % PMSS/jour    |
| Lit d'accompagnant en secteur conventionné                                             | 100 % FR                                    | 100 % FR                                    | 100 % FR                                    |
| Lit d'accompagnant en secteur non conventionné                                         | -                                           | -                                           | 100 % FR                                    |

\*Limité au forfait règlementaire en vigueur - Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

| OPTIQUE <sup>(4)</sup>                                                                                         |  |                                                                                                                                                 |                  |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|
| 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<br>100 % santé |                  |                  |
| Autres équipements :                                                                                           |  |                                                                                                                                                 |                  |                  |
| Verres et monture de CLASSE B                                                                                  |  |                                                                                                                                                 |                  |                  |
| Monture adulte <sup>(5)</sup>                                                                                  |  | Grille optique 1                                                                                                                                | Grille Optique 2 | Grille Optique 3 |
| Monture enfant <sup>(5)</sup>                                                                                  |  |                                                                                                                                                 |                  |                  |
| Verres simples <sup>(5)</sup> , complexes <sup>(5)</sup> , très complexes <sup>(5)</sup> , par verre           |  |                                                                                                                                                 |                  |                  |
| Frais adaptation                                                                                               |  | 100 % BR                                                                                                                                        | 100 % BR         | 100 % BR         |
| Autres dispositifs de correction optique                                                                       |  |                                                                                                                                                 |                  |                  |
| Lentilles prescrites : prises en charge ou non par la Sécurité sociale et lentilles jetables <sup>(6)(7)</sup> |  | 3 % PMSS                                                                                                                                        | 6 % PMSS         | 7 % PMSS         |
| Chirurgie réfractive de l'œil <sup>(6)</sup>                                                                   |  | 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 des HLF <sup>(8)</sup> et du panier libre | 170 % BR | 200 % BR | 250 % BR |

#### Prothèses prises en charge par la Sécurité sociale

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) <sup>(9)</sup> prises en charge par la Sécurité sociale dans la limite des HLF <sup>(7)</sup> | 370 % BR | 470 % BR | 470 % BR |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|

|                                                                                                                                                 |          |          |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|
| Prothèses fixes sur dents non visibles (dents du fond de bouche) prises en charge par la Sécurité sociale dans la limite des HLF <sup>(8)</sup> | 270 % BR | 320 % BR | 370 % BR |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|

|                                                                                          |          |          |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|
| Inlays core pris en charge par la Sécurité sociale dans la limite des HLF <sup>(8)</sup> | 170 % BR | 200 % BR | 250 % BR |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|

#### Panier libre

|                                                                                                         |          |          |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|
| Prothèses sur dents visibles (dents du sourire) <sup>(9)</sup> prises en charge par la Sécurité sociale | 125 % BR | 470 % BR | 470 % BR |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|

|                                                                                                     |          |          |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|
| Prothèses sur dents non visibles (dents du fond de bouche) prises en charge par la Sécurité sociale | 125 % BR | 320 % BR | 370 % BR |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|

|                                                    |          |          |          |
|----------------------------------------------------|----------|----------|----------|
| Inlays core pris en charge par la Sécurité sociale | 125 % BR | 200 % BR | 250 % BR |
|----------------------------------------------------|----------|----------|----------|

#### Autres dispositifs dentaires

|                                                     |          |          |          |
|-----------------------------------------------------|----------|----------|----------|
| Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale | 250 % BR | 250 % BR | 350 % BR |
|-----------------------------------------------------|----------|----------|----------|

|                                                         |   |   |            |
|---------------------------------------------------------|---|---|------------|
| Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale | - | - | 250 % BRR* |
|---------------------------------------------------------|---|---|------------|

|                               |   |   |          |
|-------------------------------|---|---|----------|
| Parodontologie <sup>(6)</sup> | - | - | 5 % PMSS |
|-------------------------------|---|---|----------|

|                                      |   |           |           |
|--------------------------------------|---|-----------|-----------|
| Forfait implantologie <sup>(6)</sup> | - | 12 % PMSS | 12 % PMSS |
|--------------------------------------|---|-----------|-----------|

\*Base de Remboursement Reconstituée sur la base d'une BR à 193,50 € par semestre, le montant maximum de remboursement annuel est fixé à 967,50 € par bénéficiaire y compris bilan orthodontique.

## AIDES AUDITIVES<sup>(10)</sup>

### 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 <sup>(11)</sup> |  |  |  |
|-----------------------------------------|--|--|--|

|                  |                   |                   |                   |
|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Appareil auditif | 10 % PMSS/oreille | 20 % PMSS/oreille | 30 % PMSS/oreille |
|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|

## PRÉVENTION

#### Kit confort<sup>(6)</sup> :

|                                                                                                                                                                                       |                              |                              |                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Médecine douce <sup>(12)</sup> : professionnels de santé reconnus par les annuaires professionnels, non pris en charge par la Sécurité sociale : acupuncteur, ostéopathe, psychologue | 25 €/séance<br>3 séances max | 25 €/séance<br>5 séances max | 50 €/séance<br>5 séances max |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|

|                                                                             |            |            |          |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------|------------|----------|
| Vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale <sup>(6)</sup> | 1,5 % PMSS | 1,5 % PMSS | 3 % PMSS |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------|------------|----------|

|                                                                                            |   |           |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------|-----------|
| Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale <sup>(6)</sup> - hors thalassothérapie | - | 10 % PMSS | 10 % PMSS |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------|-----------|

|                                   |   |   |       |
|-----------------------------------|---|---|-------|
| Ostéodensitométrie <sup>(6)</sup> | - | - | 100 € |
|-----------------------------------|---|---|-------|

|                                  |          |          |          |
|----------------------------------|----------|----------|----------|
| Patchs anti-tabac <sup>(6)</sup> | 2 % PMSS | 2 % PMSS | 4 % PMSS |
|----------------------------------|----------|----------|----------|



**BR** : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **€** : 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

Votre 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](http://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 tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

(3) Séances réalisées dans le cadre du dispositif « Mon soutien Psy » dans la limite d'un nombre de séances défini réglementairement (information disponible sur le site [ameli.fr](http://ameli.fr)).

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

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

(8) Le respect de la limite des HLF (Honoraires Limites de Facturation) tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

(9) 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).

(10) 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.

(11) 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 ».

(12) 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.

# Grilles OPTIQUE

| Catégories de verres – monture –<br>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                                                                                | CLASSE B            |        | CLASSE B            |        | CLASSE B            |        |
| sphère de 0 à -/+2                                                    | 100 % PLV <sup>(1)</sup>                                                                | 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 ;<br>sphère > 0 et S ≤ 2               | 100 % PLV <sup>(1)</sup>                                                                | 85 €                | 65 €   | 100 €               | 70 €   | 135 €               | 95 €   |
| cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ;<br>sphère > 0 et 2 < S ≤ 4       |                                                                                         | 85 €                | 65 €   | 100 €               | 70 €   | 135 €               | 95 €   |
| cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ;<br>sphère > 0 et 4 < S ≤ 8       |                                                                                         | 95 €                | 75 €   | 110 €               | 80 €   | 145 €               | 105 €  |
| cylindre ≤ +4 sphère > -8 ;<br>sphère > 0 et 8 < S                    |                                                                                         | 110 €               | 85 €   | 120 €               | 90 €   | 155 €               | 115 €  |
| cylindre > +4 sphère de -2 à 0                                        | 100 % PLV <sup>(1)</sup>                                                                | 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 <sup>(1)</sup>                                                                | 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 ;<br>sphère > 0 et S ≤ 2               | 100 % PLV <sup>(1)</sup>                                                                | 180 €               | 145 €  | 210 €               | 150 €  | 280 €               | 200 €  |
| cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ;<br>sphère > 0 et 2 < S ≤ 4       |                                                                                         | 180 €               | 145 €  | 210 €               | 150 €  | 280 €               | 200 €  |
| cylindre ≤ +4 sphère de -12 à -4,25 ;<br>sphère > 0 et 4 < S ≤ 12     |                                                                                         | 190 €               | 155 €  | 220 €               | 160 €  | 290 €               | 210 €  |
| cylindre ≤ +4 sphère > -12 ; sphère<br>> 0 et 12 < S                  |                                                                                         | 200 €               | 165 €  | 230 €               | 170 €  | 300 €               | 220 €  |
| cylindre > +4 sphère de -2 à 0                                        | 100 % PLV <sup>(1)</sup>                                                                | 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 <sup>(1)</sup>                                                                | 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                                                    |                                                                                         |                     |        |                     |        |                     |        |

<sup>(1)</sup> PLV : Prix Limite de Vente fixé règlementairement dans le cadre du panier 100% Santé

### ANNEXE III. COORDONNEES DES ORGANISMES ASSUREURS

| Organismes assureurs                                                                                                                                                                                      | Mentions légales                                                                                                                                                                                                                                         | Réclamation                                                                                                                                                                                                                                            | Médiation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Protection des données personnelles                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Résiliation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>APICIL Prévoyance</b><br><br><b>SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE</b><br><br><i>La gestion des contrats co-assurés par SOLIMUT Mutuelle de France et APICIL Prévoyance est assurée par APICIL Prévoyance.</i> | 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 : 51, boulevard Marius Vivier Merle – 69003 LYON | APICIL Prévoyance Service Partenariats de gestion / Equipe Réclamations Santé Prévoyance<br>51 boulevard Marius Vivier Merle<br>69003 LYON                                                                                                             | Soit par voie postale :<br><b>Médiateur de la protection sociale (CTIP)</b><br><b>10 rue Cambacérès 75008 PARIS</b><br><br>Soit par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site <a href="https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/">https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/</a>         | Par courrier électronique : <b>dpo@apicil.com</b><br><br>Par courrier postal :<br><br>APICIL Prévoyance, Délégué à la protection des données (DPO), 51 boulevard Marius Vivier Merle, 69003 Lyon.<br><br><a href="https://www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles">https://www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles</a> | Directement via le formulaire de résiliation disponible depuis votre espace client digital ou sur le site <a href="https://mon.apicil.com/salon-client/resilier-son-contrat-mutuelle/">https://mon.apicil.com/salon-client/resilier-son-contrat-mutuelle/</a><br><br>Par lettre ou tout autre support durable.<br><br>Par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur.<br><br>Par acte extrajudiciaire. |
| <b>AESIO Mutuelle</b>                                                                                                                                                                                     | 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 173 rue de Bercy 75012 PARIS.                                                                                  | Par courrier à :<br>AÉSIO mutuelle – Service Réclamations – TSA 11390 - 53106 MAYENNE CEDEX<br>Par mail à : <a href="mailto:reclamations@AESIOmutuelle.fr">reclamations@AESIOmutuelle.fr</a><br><br>Elles feront l'objet d'une réponse circonstanciée. | Par voie postale :<br>Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française – FNMF<br>255 rue de Vaugirard 75719 PARIS cedex 15<br><br>Directement via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : <a href="https://www.saisine.mediateur-mutualite.fr">https://www.saisine.mediateur-mutualite.fr</a>                                | Par courrier papier à l'adresse suivante :<br><br>AESIO Mutuelle, Délégué à la protection des données<br>173 rue de Bercy 75012 PARIS<br><br>Par mail à l'adresse suivante : <a href="mailto:aesio.dpo@aesio.fr">aesio.dpo@aesio.fr</a>                                                                                                      | Par lettre ou tout autre support durable.<br><br>Par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur.<br><br>Par acte extrajudiciaire.                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>HARMONIE MUTUELLE</b>                                                                                                                                                                                  | HARMONIE MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 51 8473 – Numéro LEI 969500JLU5ZH89G4 TD57 – Siège social : 143 rue Blomet, 75015 PARIS                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Par courrier à l'adresse figurant sur la carte mutualiste ;</li> <li>Sur l'espace Harmonie &amp; Moi</li> </ul>                                                                                                 | <b>Soit sur le site du médiateur :</b><br><a href="http://cnpm-mediationconsommation.eu">http://cnpm-mediationconsommation.eu</a><br><b>Soit par courrier à son adresse postale :</b><br>Médiateur de la consommation auprès de la Mutuelle HARMONIE MUTUELLE CNPM MEDIATION CONSOMMATION<br>27 Avenue de la Libération<br>42400 SAINT-CHAMOND | Par courrier papier à l'adresse suivante :<br><br>Harmonie Mutuelle Service DPO<br>29 quai François Mitterrand<br>44273 Nantes Cedex 2<br><br>Par mail à l'adresse suivante : <a href="mailto:dpo@harmonie-mutuelle.fr">dpo@harmonie-mutuelle.fr</a>                                                                                         | Par lettre ou tout autre support durable.<br><br>Par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur.<br><br>Par acte extrajudiciaire.<br><br>Par voie électronique                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>MUTUELLE OCIANE MATMUT</b>                                                                                                                                                                             | 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 :<br><br>Groupe Matmut Service Réclamations<br>66 rue de Sotteville 76030 ROUEN Cedex 1                                                                                                                                                 | Par courrier à :<br><br>La Médiation de l'Assurance<br>TSA 50110<br>75441 Paris Cedex 09                                                                                                                                                                                                                                                       | Par courrier à :<br>Matmut<br>66 rue de Sotteville 76100 ROUEN<br><br>Ou par courriel à : <a href="mailto:dpd@matmut.fr">dpd@matmut.fr</a>                                                                                                                                                                                                   | Mutuelle Ociane Matmut<br>Pôle Gestion des Contrats<br>35 Rue Claude Bonnier<br>33054 Bordeaux Cedex                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |



**APICIL Prévoyance**, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 51 boulevard Marius Vivier Merle – 69003 LYON.

**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.



**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 173 rue de Bercy 75012 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° 538 518 473 – Numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57 – Siège social : 143 rue Blomet, 75015 PARIS