

Conditions générales

**Convention Collective Nationale des établissements privés d'hospitalisation,
de soins, de cure et de garde à but non lucratif
du 31 octobre 1951 (IDCC N°29)**

Juillet 2024

**Régime facultatif
y compris régime d'accueil Loi Evin**

Sommaire

Préambule

Titre I. Dispositions Communes

Chapitre I. Objet, date d'effet, durée et reconduction du contrat	4
Chapitre II. Membres participants et ayants droit	4
Chapitre III. Affiliation et prise d'effet des garanties	5
Chapitre IV. Suspension, maintien et terme des garanties	7
Chapitre V. Obligations des parties	8
Chapitre VI. Cotisations	9
Chapitre VII. Sauvegarde, résiliation et contrôle	10
Chapitre VIII. Autres dispositions	10

Titre II. Définitions des garanties et prestations « Frais de Santé »

Chapitre IX. Étendue des garanties	13
Chapitre X. Modalités de calcul des prestations	15
Chapitre XI. Modalités de paiement des prestations	17

Annexe I. Tableaux des garanties

Annexe II. Coordonnées des organismes assureurs

Préambule

Par avenant n°2015-01 du 27 janvier 2015, agréé par arrêté du 30 avril 2015 publié au journal officiel le 29 mai 2015 et complété des additifs postérieurs, à la **Convention Collective Nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951, relatif à la généralisation de la couverture frais de Santé, et conformément à la loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013**, les partenaires sociaux de la branche ont fait le choix d'instaurer un régime **national obligatoire** de couverture complémentaire des frais de Santé au profit de l'ensemble des salariés à compter du premier jour du contrat de travail dans l'entreprise et inscrit aux effectifs des entreprises relevant du champ d'application de ladite Convention Collective.

Par additif n° 5 du 7 juillet 2022 rectifié (le 8 septembre 2022), agréé par arrêté ministériel conformément aux dispositions prévues par l'article L.314-6 du Code de l'Action Sociale et des familles, les partenaires sociaux ont décidé de référencer, à compter du 1^{er} janvier 2023, les Organismes Assureurs visés à l'article 1 des présentes Conditions Générales et ainsi pérenniser le régime de branche mutualisé de frais de Santé.

Le régime conventionnel comprend :

- Une couverture collective de base à adhésion obligatoire (base 1) ou intitulée régime conventionnel
- Et deux options alternatives :
 - Base 2 (option 1) ou intitulée (régime conventionnel + B2)
 - Base 3 (option 2) ou intitulée (régime conventionnel + B3).

La mise en place du niveau de garantie obligatoire est déterminée au niveau de l'entreprise. Les salariés y sont alors affiliés à titre obligatoire.

Parallèlement à leur couverture de base obligatoire, les salariés ont la possibilité :

- de couvrir leurs ayants droit tels que définis dans les présentes Conditions Générales, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime de base conventionnel,
- de compléter le régime de remboursement complémentaire obligatoire des de Santé par l'un des deux niveaux d'options alternatives au choix pour le salarié et le cas échéant ses ayants droit.

De plus, en cas de rupture du contrat de travail, le salarié peut adhérer au régime d'accueil loi Evin, dans les conditions fixées au chapitre 1- article 5.1 des conditions générales obligatoires.

Pour pouvoir bénéficier du régime optionnel facultatif ou du régime d'accueil loi Evin, les salariés doivent être affiliés ou, pour les maintiens de garanties loi Evin, avoir été affiliés en tant que Membre participant lorsqu'ils étaient actifs, au régime de base conventionnel obligatoire des frais de Santé.

Les présentes Conditions Générales associées aux Conditions Particulières ou au Certificat d'Adhésion ou Contrat d'Adhésion organisent la mise en œuvre de ce Contrat par l'entreprise.

Titre I Dispositions communes

Chapitre I. Objet, date d'effet, durée et reconduction du Contrat

Article 1. Objet

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

- d'une part, l'entreprise dont l'activité relève de la branche des **établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951**, indiquée aux Conditions Particulières ou au Certificat d'Adhésion, et ci-après dénommée « **Entreprise** »

- et d'autre part, les « **Organismes assureurs** », suivants :

• Le groupement de coassurance mutualiste composé de :

- **HARMONIE MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°538 518 473, numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57, Siège social : 143 rue Blomet 75015 PARIS

- **MGEN**, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 685 399, siège social : 3 square Max Hymans 75748 PARIS Cedex 15

Ces mutuelles sont co-assureurs entre elles dans le cadre du groupement de coassurance. Elles confient la coordination du dispositif et l'interlocution au Groupe VYV pour le compte du groupement de coassurance ainsi constitué.

• Le groupement de coassurance composé de :

- **AÉSIO mutuelle**, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculé sous le numéro n°775 627 391, dont le siège social est 4 rue du Général Foy 75008 PARIS.

- **MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE**, Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité sociale, numéro SIREN 775 691 181, siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris.

Ces organismes sont co-assureurs entre eux dans le cadre d'un groupement de coassurance. Ils confient la coordination du dispositif et l'interlocution à MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE.

• **La MNH**, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 606 361, siège social : 331 avenue d'Antibes - 45200 Amilly.

• **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

Le contrat collectif à adhésion facultative, intégrant le régime d'accueil loi Evin **est obligatoirement souscrit auprès de l'organisme assureur librement choisi par l'entreprise pour la souscription du Contrat collectif à adhésion obligatoire.**

Ce contrat collectif met en œuvre le régime frais de Santé de la convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951.

L'organisme assureur ainsi retenu est l'interlocuteur unique de l'entreprise, des salariés et des ayants droit des salariés, et est ci-après dénommé « **l'organisme assureur** », le cas échéant représenté par « **l'organisme gestionnaire** ».

Le Contrat a pour objet de compléter les prestations en nature versées par la Sécurité sociale en remboursement, dans la limite des frais réellement engagés, des frais médico- chirurgicaux occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ainsi que les prestations prévues au titre du Contrat collectif à adhésion obligatoire et ce au profit des salariés ou des anciens salariés qui ont librement choisi d'adhérer au présent contrat, et le cas échéant leurs ayants droit.

Outre le remboursement des prestations médico-chirurgicales, les salariés et le cas échéant leurs ayants droit dûment affiliés bénéficient du tiers-payant et de l'accès aux œuvres sociales et services proposés par l'organisme assureur auxquels ils sont affiliés.

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

Article 2. Date d'effet, durée et reconduction

Le Contrat prend effet à la date fixée aux Conditions Particulières ou Certificat d'Adhésion.

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

Il est ensuite reconduit tacitement au 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une ou l'autre partie selon les modalités définies à l'article 17 « Résiliation » des présentes Conditions Générales.

Disposition Spéciale :

En cas de révision de la **Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951, sous réserve de la parution au Journal Officiel de l'agrément de l'avenant de révision** entraînant, une modification du Contrat, notamment des taux de cotisation, celle-ci sera proposée sans délai et formalisée par avenant ou lettre avenant aux présentes Conditions Générales.

Chapitre II. Membres participants et ayants droit

Article 3. Définitions des Membres participants et ayants droit

3.1 Membres participants

Pour l'application du Contrat, il faut entendre par **Membres participants** :

- les bénéficiaires du Contrat collectif à adhésion obligatoire, à savoir **l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail à compter du premier jour du contrat de travail dans l'entreprise** et inscrit à l'effectif de l'Entreprise à la date de prise d'effet du Contrat, ainsi que ceux embauchés postérieurement, sous réserve qu'ils soient affiliés au régime général, ou au régime local Alsace Moselle de la Sécurité sociale et qu'ils formulent leur demande d'affiliation dans les conditions définies à l'article 4 des présentes conditions générales.

- Les personnes affiliées au régime général, ou au régime local Alsace Moselle de la Sécurité sociale, et désignées ci-après en application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, 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 collectif obligatoire souscrit par l'entreprise au bénéfice de ses salariés, et sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les **six 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 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 anciens salariés privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les **six 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 Membre participant décédé, pendant une durée **minimale de douze mois** à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès du Membre participant.

Le dépassement des délais ci-dessus mentionnés entraîne la forclusion définitive de la demande.

La garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Peuvent adhérer au présent contrat, en qualité de personnes garanties du chef du salarié décédé, les ayants droit de ce dernier tels que définis ci-après.

Chaque salarié ou ancien salarié dûment affilié acquiert la qualité de « **Participant** » de l'Institution ou de « **Membres participants** » de la Mutuelle auprès de laquelle ont été souscrits les contrats (ils ne deviennent pas membres de l'ensemble des organismes assureurs) Il sera désigné « **Membre participant** » dans la suite du texte.

En outre, les ayants droit du Membre participant tels que définis ci-après peuvent bénéficier de l'affiliation au régime Frais de Santé, au même niveau de garanties que le Membre participant, par le biais du Contrat à adhésion **facultative**.

3.2 Ayants droit

On entend par ayant droit du Membre participant :

► son conjoint

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du salarié marié, non séparé de corps judiciairement (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil) à la date de l'événement donnant lieu à prestation,
- le concubin du salarié vivant maritalement sous le même toit au sens de l'article 515-8 du Code civil, sous réserve que le concubin et le salarié soient tous les deux libres de tout engagement (mariage ou PACS), que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus de un an et que le domicile

fiscal des 2 concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle,

- le partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil.

► ses enfants à charge

Sont réputés à charge du salarié, les enfants dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, ainsi que ceux de son conjoint, à condition que le salarié ou son conjoint ait l'enfant en résidence ou s'il s'agit d'enfants du salarié, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent :

- être âgés de moins de 18 ans sans condition,
- ou, s'ils sont âgés 18 ans et plus et de moins de 26 ans :
- poursuivre leurs études et pouvoir en justifier,
- ou être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à France Travail,
- ou être sous contrat de formation en alternance (contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation),
- ou, lorsqu'ils se livrent à une activité rémunérée, que celle-ci leur procure un revenu inférieur au revenu de solidarité active (RSA) mensuel versé aux personnes sans activité,
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » prévue à l'article L241-3 du Code de l'Action sociale et des familles.

Chapitre III. Affiliation et prise d'effet des garanties

Article 4. Modalités d'affiliation, prise d'effet, durée, changement de régime optionnel et renonciation

4.1 Modalités d'affiliation et prise d'effet

Pour les adhésions aux options facultatives, le salarié exprime librement sa volonté d'être affilié au Contrat, et le cas échéant d'affilier ses ayants droit, pour le même niveau de garanties, sous réserve d'en formuler la demande lors de son affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire.

Pour les adhésions relevant du régime d'accueil, 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 personnes garanties du chef du Membre participant décédé, au plus tard dans un délai de deux 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 mois suivant le décès du salarié à condition que l'entreprise ait informé l'organisme assureur dans les meilleurs délais.

L'ancien salarié exprime alors librement sa volonté d'être affilié au présent Contrat, et le cas échéant d'affilier ses ayants droit, pour le même niveau de garanties, sous réserve du respect des délais mentionnés au paragraphe définissant les Membres participants.

L'affiliation est formalisée par un Bulletin ou Formulaire Individuel d'Affiliation dûment complété et signé par le Membre participant, le bulletin devant être remis à l'organisme assureur par l'intermédiaire de l'Entreprise ou directement adressé à l'organisme assureur le cas échéant.

Affiliation d'un salarié

Affiliation d'un salarié

Affiliation d'un salarié

Pour les salariés présents à l'effectif de l'entreprise à la date d'effet du Contrat, les garanties prennent effet dès lors qu'ils ont exprimé leur volonté d'être affilié au Contrat à adhésion facultative.

Pour les salariés embauchés postérieurement à cette date, les garanties prennent effet dès lors que celles prévues au contrat obligatoire débutent et qu'ils ont exprimé leur volonté d'être affiliés au Contrat à adhésion facultative.

Affiliation d'un salarié

Dans tous les cas, l'affiliation prend effet après acceptation expresse de l'organisme assureur formalisée par l'émission d'un certificat ou le cas échéant après avoir retourné le Bulletin Individuel d’Affiliation marquant son accord pour la prise d'effet des garanties et la date retenue.

Affiliation d'un salarié

Par la suite, chaque salarié qui n'aurait pas choisi d'être affilié à la date d'effet du Contrat ou lors de son affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire, conserve la possibilité d'être affilié au Contrat facultatif.

Affiliation d'un salarié

L'affiliation prendra alors effet dès le premier jour du mois suivant la réception de la demande.

Affiliation d'un salarié

Seuls les frais médico-chirurgicaux dont la date de soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale est postérieure à la date de prise d'effet de l'affiliation peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent Contrat.

Affiliation d'un salarié

4.2 Modalités d'affiliation des ayants droit et prise d'effet

Les ayants droit déclarés par le Membre participant en même temps que sa propre affiliation bénéficient des garanties à la même date d'effet.

Affiliation d'un salarié

Si la demande d'affiliation est faite à une date différente de celle du membre participant, les ayants droit bénéficieront des garanties au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme assureur de cette demande.

Dans les autres cas, l'affiliation des ayants droit prendra effet :

- En cas de naissance ou d'adoption : au 1^{er} jour du mois de la naissance ou de l'adoption et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

- En cas de nouveau bénéficiaire dans la suite d'un mariage, concubinage ou de la signature d'un PACS : au 1^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

- Autres bénéficiaires : Au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

4.3 Changement de régime optionnel par le salarié

Les Membres participants ont la possibilité de changer de formule de prestations au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve qu'ils en fassent la demande au moins deux mois avant la fin de l'année civile, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception.

Affiliation d'un salarié

Cette condition 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...).

Affiliation d'un salarié

Dans ce cas, le changement interviendra le premier jour du trimestre civil suivant la demande sous réserve qu'elle soit formulée dans les 30 jours suivant l'événement.

Affiliation d'un salarié

Affiliation d'un salarié

Affiliation d'un salarié

4.4 Faculté de renonciation

Le membre participant peut renoncer à son affiliation pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'affiliation a pris effet. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures (minuit). S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le délai n'est pas prolongé.

Affiliation d'un salarié

Le membre participant peut demander la renonciation, par l'un des moyens exposés à l'article 4.5 « Modalités de résiliation » du présent document.

Affiliation d'un salarié

La renonciation entraine le remboursement intégral de la cotisation versée dans les trente jours suivant la date de réception de la demande par l'organisme assureur. Toutefois, si des prestations ont été versées, le membre participant devra les rembourser intégralement avant tout remboursement préalable des cotisations par l'assureur.

Affiliation d'un salarié

Modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation :

« Je soussigné(e) (nom, prénom), demeurant (adresse complète) déclare renoncer à l'affiliation au contrat collectif à adhésion facultative (frais de Santé) n°....., ayant pris effet le conformément aux dispositions de l'article 4.4 « Faculté de renonciation » des Conditions Générales.

4.5 Résiliation de l'affiliation

a) Modalités de résiliation

Le membre participant peut mettre fin à la garantie annuellement avant le **31 octobre de l'année civile en adressant une demande, par tout support visé aux articles L221-10-3 du Code de la mutualité** et L.932-12-2 du Code de la sécurité sociale. **La résiliation prend effet à l'échéance annuelle (31 décembre). A l'expiration du délai d'adhésion minimal de 12 mois, le membre participant dispose en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que l'organisme assureur en a reçu notification et dont les modalités et restrictions sont définies aux articles L 221-10 et L 221-10-3 du Code de la mutualité et L.932-12-1 et L.932-12-2 du Code de la Sécurité sociale.**

Affiliation d'un salarié

Dans le cas où le membre participant souhaite résilier son affiliation conclue pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte du membre participant souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues au contrat. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des membres participants durant la procédure.

Affiliation d'un salarié

Le support de résiliation du membre participant à l'organisme assureur peut être au choix :

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

Affiliation d'un salarié

Affiliation d'un salarié

Affiliation d'un salarié

- lorsque l'organisme assureur propose l'adhésion au contrat par un mode de communication à distance, la résiliation peut s'effectuer par le même mode de communication ;**
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat.**

Affiliation d'un salarié

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

La résiliation par le Membre participant de son affiliation entraînera par conséquent celle de ses éventuels ayants droit.

Changement de situation de famille

Affiliation d'un salarié

En cas de changement de situation de famille, le Membre participant s'il est salarié, a la possibilité de résilier son affiliation au Contrat, pour les mêmes motifs que ceux lui permettant de s'affilier en cours d'année.

Affiliation d'un salarié

La demande du Membre participant doit être adressée à l'organisme assureur dans les **deux mois suivant la survenance de l'événement**, accompagnée des pièces justificatives nécessaires (acte de naissance, copie du livret de famille...).

Affiliation d'un salarié

La résiliation prendra alors effet rétroactivement à la date de l'événement, sous réserve qu'aucune prestation n'ait été versée.

Affiliation d'un salarié

La résiliation vaut tant pour le Membre participant que pour ses ayants droit.

b) Résiliation en raison de la modification des droits et obligations du Membre participant.

Affiliation d'un salarié

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations du Membre participant, l'entreprise est tenue d'en informer chaque Membre participant en lui remettant une notice d'information établie à cet effet (ou un additif) par l'organisme assureur.

Affiliation d'un salarié

Tout Membre participant peut ainsi, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

Chapitre IV. Suspension, maintien et terme des garanties

Article 5. Suspension des garanties

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des garanties, dans les conditions prévues à l'article 14 « Défaut de paiement des cotisations » des présentes conditions générales.

Article 6. Maintien des garanties

6.1. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

La suspension des garanties prévues au Contrat Obligatoire entraîne la suspension des présentes garanties qui lui sont impérativement liées.

En cas de suspension du contrat de travail d'un Membre participant donnant lieu à indemnisation [que ce soit sous la forme d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement, à la charge de l'employeur), ou sous la forme d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier ou pour son

Affiliation d'un salarié

Affiliation d'un salarié

Affiliation d'un salarié

compte par l'intermédiaire d'un tiers], les garanties définies aux Conditions Particulières ou Certificat d'Adhésion sont maintenues, pendant toute la durée de suspension du contrat de travail, **sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.**

Affiliation d'un salarié

En cas de suspension du contrat de travail du Membre participant ne donnant pas lieu à maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur, dans les conditions énoncées au b) de l'article 4.4 du Contrat collectif à adhésion obligatoire, **les garanties du Membre participant sont suspendues de plein droit, pour lui-même et ses ayants droit**, à la date de la suspension du contrat de travail et **aucune cotisation n'est due au titre du Membre participant concerné.**

Affiliation d'un salarié

Le Membre participant dont la période de suspension du contrat de travail ne donne pas lieu à maintien des garanties comme indiqué ci-dessus peut toutefois demander à bénéficier, à titre **facultatif**, du maintien des garanties décrites dans le Contrat, pour lui-même et ses ayants droit, conformément aux conditions définies en Annexe I-A du Contrat obligatoire et **sous réserve du maintien des garanties du contrat obligatoire.**

Affiliation d'un salarié

La demande de maintien doit être faite par écrit auprès de l'organisme assureur au plus tard dans le mois suivant la date du début de suspension du contrat de travail et, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation.

Affiliation d'un salarié

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

Affiliation d'un salarié

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

Affiliation d'un salarié

6.2 Anciens salariés privés d'emploi et indemnisés par France Travail

En application de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, les anciens salariés bénéficient à titre gratuit du maintien des garanties collectives définies aux présentes Conditions Générales, ainsi que celles définies au Contrat collectif à adhésion obligatoire, sous réserve qu'ils satisfassent aux conditions cumulatives suivantes :

- le contrat de travail doit avoir pris fin : l'ensemble des motifs de rupture du contrat de travail sont concernés à **l'exception du licenciement pour faute lourde ;**
- l'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme assureur de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;
- les droits à prestations doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur, c'est- à-dire qu'ils bénéficient, à la date de cessation de leur contrat de travail, du régime de frais de Santé prévu aux présentes Conditions Générales.

Affiliation d'un salarié

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

Affiliation d'un salarié

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, seront opposables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires de la portabilité ainsi qu'à leurs ayants droit, le cas échéant.

Le salarié donne son accord

ou non à la transmission automatique

de ses décomptes par la Sécurité sociale

à l'organisme assureur retenu

(procédure Noémie).

Le bénéfice du maintien des garanties est étendu aux ayants droit dès lors qu'ils étaient bénéficiaires de l'extension facultative prévue au contrat, à la date de cessation du contrat de travail.

Article 7. Cessation des garanties

Les garanties du Contrat cessent :

- **en cas de non-paiement des cotisations, à l'issue de la procédure prévue à l'article 14 « Défaut de paiement des cotisations » des présentes Conditions Générales ;**
- **à la date de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale du Membre participant, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur ;**
- **pour les salariés actifs, à la date de cessation du contrat de travail du Membre participant (au terme du préavis effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits ;**
- **à la date de résiliation de l'affiliation par le Membre participant effectuée dans les conditions prévues à l'article 4.5 « Résiliation de l'affiliation » des présentes Conditions générales. La résiliation de l'adhésion est considérée comme définitive ;**
- **pour les salariés actifs, à la date de résiliation du Contrat ;**
- **au jour du décès du Membre participant, sous réserve des dispositions de l'article 4 de la loi Evin, en ce qui concerne les ayants droit ;**
- **et en tout état de cause, à la date de résiliation du Contrat à adhésion obligatoire ;**
- **pour les ayants droit, à la même date que la résiliation du Membre participant, et antérieurement, à la date à laquelle ils ne répondent plus à la qualité d'ayants droit.**

Le salarié donne son accord

ou non à la transmission automatique

de ses décomptes de Sécurité sociale

est antérieure à la date d'effet de la cessation des garanties,

pourront être pris en charge.

La cessation des garanties mises en œuvre

au bénéfice du Membre participant entraîne

à la même date, la cessation des garanties mises en œuvre

au profit de ses ayants droit.

Chapitre V. Obligations des parties

Article 8. Obligations des Membres participants

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

Sont indiqués sur ce document, les ayants droit déclarés par le Membre participant. Celui-ci adresse ce bulletin à l’organisme assureur dont relève son entreprise, soit lors de la prise d’effet du présent Contrat collectif, soit lors de son entrée en fonction dans le cas d’une embauche postérieure à la date d’effet du Contrat, soit en cours d’année en cas de changement de situation familiale. Dans ce cas, l’adjonction d’un nouvel ayant droit doit être formulée par le Membre participant par écrit à l’organisme assureur au plus tard avant la fin du deuxième mois qui suit la date de survenance de l’événement

En outre, chaque Membre participant

est tenu, pour bénéficier des prestations

définies au Contrat, de fournir à l'organisme assureur

ou gestionnaire toute déclaration et justificatifs nécessaires,

notamment son attestation d'immatriculation

à la Sécurité sociale (Vitale)

et un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

Le salarié donne son accord

ou non à la transmission automatique

de ses décomptes par la Sécurité sociale

à l'organisme assureur retenu

(procédure Noémie).

Toute modification intervenant

dans la situation familiale du Membre participant

doit être formulée par écrit, en complétant

un Bulletin Individuel de Modification

si celui-ci est demandé, à l'organisme assureur

ou gestionnaire par le biais de l'entreprise.

Toute modification intervenant

dans la situation familiale du Membre participant

doit être formulée par écrit, en complétant

un Bulletin Individuel de Modification

si celui-ci est demandé, à l'organisme assureur

ou gestionnaire par le biais de l'entreprise.

Toute modification intervenant

dans la situation familiale du Membre participant

doit être formulée par écrit, en complétant

un Bulletin Individuel de Modification

si celui-ci est demandé, à l'organisme assureur

ou gestionnaire par le biais de l'entreprise.

Toute modification intervenant

dans la situation familiale du Membre participant

doit être formulée par écrit, en complétant

un Bulletin Individuel de Modification

si celui-ci est demandé, à l'organisme assureur

ou gestionnaire par le biais de l'entreprise.

Toute modification intervenant

dans la situation familiale du Membre participant

doit être formulée par écrit, en complétant

un Bulletin Individuel de Modification

si celui-ci est demandé, à l'organisme assureur

ou gestionnaire par le biais de l'entreprise.

Toute modification intervenant

dans la situation familiale du Membre participant

doit être formulée par écrit, en complétant

un Bulletin Individuel de Modification

si celui-ci est demandé, à l'organisme assureur

ou gestionnaire par le biais de l'entreprise.

Toute modification intervenant

dans la situation familiale du Membre participant

doit être formulée par écrit, en complétant

un Bulletin Individuel de Modification

si celui-ci est demandé, à l'organisme assureur

ou gestionnaire par le biais de l'entreprise.

Toute modification intervenant

dans la situation familiale du Membre participant

doit être formulée par écrit, en complétant

un Bulletin Individuel de Modification

si celui-ci est demandé, à l'organisme assureur

ou gestionnaire par le biais de l'entreprise.

Toute modification intervenant

dans la situation familiale du Membre participant

doit être formulée par écrit, en complétant

un Bulletin Individuel de Modification

si celui-ci est demandé, à l'organisme assureur

ou gestionnaire par le biais de l'entreprise.

Toute modification intervenant

dans la situation familiale du Membre participant

doit être formulée par écrit, en complétant

un Bulletin Individuel de Modification

si celui-ci est demandé, à l'organisme assureur

ou gestionnaire par le biais de l'entreprise.

Chapitre VI. Cotisations

Article 11. Assiette des cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de leur exigibilité. Celles-ci augmenteront chaque année en fonction de l'évolution de ce plafond.

Article 12. Structures de cotisations

Elle est fixée par **salarié** isolé.

Dans le cas de l'adhésion optionnelle et pour le contrat d'accueil loi Evin

Par ailleurs, si le Membre participant opte, de façon facultative, pour la couverture de ses ayants droit, une cotisation « Conjoint / Enfant » est retenue en sus de la cotisation « Salarié ».

- Cotisation « **Conjoint ou assimilé** » qui couvre de façon **facultative**, le conjoint du Membre participant, ou à défaut son partenaire de PACS ou concubin, tels que définis au chapitre II, article 3.2 « Ayants droit » des présents Conditions générales,
- Cotisation « **Enfant** » qui couvre de façon **facultative**, le(s) enfant(s) à charge, tels que définis au chapitre II, article 3.2 « Ayants droit » des présentes Conditions générales. (Gratuité de la cotisation additionnelle à compter du 3^{ème} enfant à charge).

Les cotisations sont exprimées en pourcentage

du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

en vigueur au jour de leur exigibilité.

Celles-ci augmenteront chaque année

en fonction de l'évolution de ce plafond.

Elle est fixée par salarié isolé.

Dans le cas de l'adhésion optionnelle

et pour le contrat d'accueil loi Evin

Par ailleurs, si le Membre participant opte,

de façon facultative, pour la couverture

de ses ayants droit, une cotisation

« Conjoint / Enfant » est retenue

en sus de la cotisation « Salarié ».

- Cotisation « Conjoint ou assimilé »

qui couvre de façon facultative,

le conjoint du Membre participant,

ou à défaut son partenaire de PACS

ou concubin, tels que définis

au chapitre II, article 3.2

« Ayants droit » des présents

Conditions générales,

- Cotisation « Enfant »

qui couvre de façon facultative,

le(s) enfant(s) à charge,

tels que définis au chapitre II,

article 3.2 « Ayants droit »

des présentes Conditions générales.

(Gratuité de la cotisation

 additionnelle à compter du 3^{ème}

enfant à charge).

Les cotisations sont exprimées

en pourcentage du Plafond Mensuel

de la Sécurité sociale en vigueur

au jour de leur exigibilité.

Celles-ci augmenteront chaque

année en fonction de l'évolution

de ce plafond.

Elle est fixée par salarié isolé.

Dans le cas de l'adhésion optionnelle

et pour le contrat d'accueil loi Evin

Par ailleurs, si le Membre participant opte,

Le salarié donne son accord

ou non à la transmission automatique

de ses décomptes de Sécurité sociale

est antérieure à la date d'effet de la cessation

des garanties, pourront être pris en charge.

La cessation des garanties mises en œuvre

au bénéfice du Membre participant entraîne

à la même date, la cessation des garanties

mises en œuvre au profit de ses ayants droit.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant,

au versement des prestations acquises

en contrepartie des cotisations versées

antérieurement par le débiteur des cotisations.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant,

au versement des prestations acquises

en contrepartie des cotisations versées

antérieurement par le débiteur des cotisations.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant,

au versement des prestations acquises

en contrepartie des cotisations versées

antérieurement par le débiteur des cotisations.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant,

au versement des prestations acquises

en contrepartie des cotisations versées

antérieurement par le débiteur des cotisations.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant,

au versement des prestations acquises

en contrepartie des cotisations versées

antérieurement par le débiteur des cotisations.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant,

au versement des prestations acquises

en contrepartie des cotisations versées

antérieurement par le débiteur des cotisations.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant,

au versement des prestations acquises

en contrepartie des cotisations versées

antérieurement par le débiteur des cotisations.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant,

au versement des prestations acquises

en contrepartie des cotisations versées

antérieurement par le débiteur des cotisations.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant,

au versement des prestations acquises

en contrepartie des cotisations versées

antérieurement par le débiteur des cotisations.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant,

au versement des prestations acquises

en contrepartie des cotisations versées

antérieurement par le débiteur des cotisations.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant,

au versement des prestations acquises

en contrepartie des cotisations versées

antérieurement par le débiteur des cotisations.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant,

au versement des prestations acquises

en contrepartie des cotisations versées

antérieurement par le débiteur des cotisations.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant,

au versement des prestations acquises

en contrepartie des cotisations versées

antérieurement par le débiteur des cotisations.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant,

au versement des prestations acquises

en contrepartie des cotisations versées

antérieurement par le débiteur des cotisations.

Chapitre VII. Sauvegarde, résiliation et contrôle

Article 16. Sauvegarde du contrat

Les garanties et les cotisations définies aux présentes Conditions Générales ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de la signature de l'additif n° 5 rectifié à l'avenant n°2015-01 du 27 janvier 2015.

Conformément à l'article 15 « Révision des cotisations » des présentes Conditions Générales, dans l'hypothèse d'une modification de quelque nature que ce soit de la réglementation applicable au contrat, notamment au regard de la fiscalité applicable, du traitement social des contributions employeur et plus généralement du droit de la Sécurité sociale, les engagements de l'organisme assureur ne pourront s'en trouver aggravés.

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

Article 17. Résiliation

Le Contrat à adhésion facultative étant indissociable du Contrat collectif à adhésion obligatoire couvrant les salariés à titre obligatoire, il ne peut être résilié indépendamment. La résiliation du Contrat collectif à adhésion obligatoire emporte par voie de conséquence la résiliation du contrat à adhésion facultative à la même date d'effet, dans les conditions de forme et délais appelées ci-après.

L'entreprise peut résilier le contrat collectif annuellement au plus tard le 31 octobre de l'année civile.

A l'expiration d'une durée minimale de 12 mois à compter de la souscription du contrat, l'entreprise dispose en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que l'organisme assureur en a reçu notification et dont les modalités et restrictions sont définies aux articles L 221-10-2 et L 221-10- 3 du Code de la mutualité et L.932-12-1 et L.932-12-2 du Code de la Sécurité sociale.

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

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

L'organisme assureur attestera par écrit la réception de la notification du souscripteur.

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

Article 18. Organisme de contrôle des assurances

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R) située 4 place de Budapest CS92459 - 75436 Paris cedex 09.

Chapitre VIII. Autres dispositions

Article 19. Fausse déclaration

Les déclarations du souscripteur et de l'assuré servent de base à l'application des garanties. L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ou de la part du souscripteur de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation de l'organisme assureur.

L'organisme assureur doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées restent acquises.

Article 20. Déchéance

En cas de refus de transmettre les justificatifs demandés ou dans le cas où éléments transmis ou utilisés sont erronés, fabriqués ou falsifiés ou si le Membre participant use de moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement de prestations, l'organisme assureur refusera le paiement de la prestation.

Outre la déchéance du droit du Membre participant à indemnisation, l'organisme assureur se réserve la possibilité d'engager des poursuites pénales à son encontre.

Article 21. Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au Contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre participant, que du jour où les organismes assureurs en ont eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du Membre participant ou de ses ayants droit contre les organismes assureurs a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre participant ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par le Membre participant ou par l'organisme assureur, prévue à l'article 2240 du Code civil ; demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même Code ; acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même Code) 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 ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception adressés par l'organisme assureur à l'entreprise ou au Membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'entreprise, le Membre participant ou l'ayant droit à l'organisme assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 22. Déclaration et appréciation du risque

Les déclarations faites, tant par l'entreprise que par le Membre participant, servent de base à la garantie. L'organisme assureur se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées, l'exactitude des documents produits tant au moment de la souscription, du versement des cotisations qu'au moment du versement des prestations, notamment par la consultation du registre du personnel et des écritures comptables.

Article 23. 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 ou des ayants droit victime d'un accident, contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

Lors de la demande de prestation à la suite d'un dommage causé par un tiers responsable, l'organisme assureur doit être informé par le Membre participant ou ses ayants droit.

Article 24. Protection des données à caractère personnel

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés ») et à la réglementation européenne sur la protection des données personnelles, l'entreprise reconnaît avoir été informée par l'organisme assureur, responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que :

1. les données à caractère personnel peuvent être collectées et traitées au titre de :
 - la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution des autres contrats souscrits auprès de l'organisme assureur ou d'autres sociétés du groupe auquel l'organisme assureur appartient ; et ce y compris, en sa qualité d'organisme assureur, l'utilisation du NIR du Membre participant pour la gestion de ses risques de Santé complémentaire (conformément à l'Autorisation unique de la CNIL du 23 janvier 2014 - Pack conformité assurance) ;
 - la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination du Membre participant ;
 - la gestion des avis du Membre participant sur les produits, services ou contenus proposés par l'organisme assureur ou ses partenaires ;
 - l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
 - l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le Membre participant ;
 - l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
 - la proposition au Membre participant de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'organisme assureur ou ses partenaires ;
 - l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme ; L'entreprise reconnaît que la collecte et le traitement des données à caractère personnel du Membre participant (en ce compris des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa Santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de ce contrat.

Le traitement des données de Santé du Membre participant est soumis à son consentement exprès et préalable.

L'organisme assureur s'engage à ne pas exploiter ces informations à d'autres fins que celles précitées.

Les destinataires des données du Membre participant sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de l'organisme assureur, ainsi que les sous-traitants, les délégués de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et l'entreprise.

Les données à caractère personnel relatives à la Santé du Membre participant sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité, et ainsi, sont destinées au Service médical de l'organisme assureur et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical. Les données à caractère personnel relatives à la Santé du Membre participant ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

L'organisme assureur s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients varient en fonction des finalités susvisées. En tout état de cause, les données à caractère personnel sont conservées au maximum pendant la durée de la relation contractuelle puis le temps de la prescription légale en vigueur.

L'organisme assureur et ses partenaires s'engagent à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité et de confidentialité des données traitées.

Les données utilisées pour les statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable, excluant tout risque de ré-identification des personnes. Ces données seront transmises au cabinet d'actuariat qui aura été dument mandaté par la FEHAP et les organisations syndicales signataires.

2.En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, le Membre participant dispose d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant de suppression des données le concernant et peut s'opposer à leur traitement pour des motifs légitimes. Ces droits peuvent être exercés sur simple demande écrite adressée auprès de l'Organisme assureur ou gestionnaire à l'attention du Délégué à la protection des données dont les coordonnées sont mentionnées en Annexe II. Un justificatif d'identité pourra vous être demandé.

En cas de réclamations relatives au traitement de vos données personnelles et à l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) : 3 place de Fontenoy-TSA 80715 – 75 334 Paris cedex 07 (www.cnil.fr.).

3. Sauf opposition écrite, les informations des Membres participants peuvent être communiquées aux autres sociétés du groupe auquel appartient l'organisme assureur, ainsi qu'à ses filiales et partenaires, dont la liste peut être transmise sur simple demande, à des fins de prospection commerciale.

Le Membre participant dispose également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

Titre II : Définition des garanties et prestations frais de Santé.

Article 25. Réclamation et litige / médiation

Pour toute réclamation liée à l'application du présent contrat, le Membre participant et/ou le souscripteur peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et l'organisme assureur.

En cas d'insatisfaction de la réponse, la réclamation peut être adressée au service Réclamations de l'organisme assureur dont les coordonnées figurent en Annexe 2 des présentes Conditions Générales.

L'organisme assureur accusera réception de la réclamation dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de son envoi (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation fera l'objet d'une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois à compter de son envoi.

En cas de désaccord persistant avec l'organisme assureur, le réclamant peut s'adresser au Médiateur (dont les coordonnées figurent en Annexe 2 des présentes Conditions Générales), dans le délai d'un an après l'épuisement des voies de recours internes en vigueur au sein de l'organisme assureur, c'est-à-dire après avoir reçu une réponse écrite négative du service Réclamations, ou deux mois après l'envoi d'une réclamation écrite, et ce sans préjudice du droit d'agir en justice. La saisine du médiateur suspend la prescription jusqu'à la fin de la médiation.

Article 26 Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs et de prévention de la corruption

L'organisme assureur doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption.

La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener l'organisme assureur à solliciter auprès du souscripteur et des Membres participants la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (ressources ou l'origine des fonds déclarés).

En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles l'organisme assureur est assujéti. La souscription et l'adhésion sont conditionnées aux résultats des vérifications conduites et pourront être refusées, dès lors que cela exposerait l'organisme assureur à une quelconque sanction.

Article 27 Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

L'entreprise s'engage, pendant toute la durée d'exécution du présent contrat :

- à respecter la loi n°2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique dite « Loi Sapin 2 » et toute réglementation afférente à la lutte contre la corruption et au trafic d'influence.
- à ne participer à aucun acte ou tentative de corruption ou de trafic d'influence, mais également à ne participer à aucune action qui, pour un tiers de bonne foi, donnerait l'apparence d'un acte de corruption ou de trafic d'influence.
- à procurer à l'organisme assureur toute assistance nécessaire pour répondre à une demande relative à tout acte de corruption ou de trafic d'influence devant les juridictions compétentes.

La garantie s'applique en complément de la garantie du régime de base.

Chapitre IX Étendue des garanties

Article 28. Nature des garanties et prestations

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

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

Article 29. Dispositif « Contrat responsable »

Les prestations complémentaires sont servies dans le respect des dispositions légales et réglementaires du **contrat responsable** prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale et de la **couverture minimale** prévues aux articles L.911-7 et D.911-1 du Code de la sécurité sociale.

29.1 Contrat responsable

Conformément à la réglementation, le contrat prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants, **sous déduction des prises en charge opérées par les assurances complémentaires qui interviennent avant la garantie prévue au contrat**.

- L'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de Santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, y compris les prestations liées à la prévention, **sauf pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré**,
- La participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R.160-16 I du Code de la sécurité sociale,
- L'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée,
- L'intégralité du forfait patient urgences défini à l'article L.160-13, I du Code de la Sécurité sociale,
- L'examen de la vue réalisé par l'opticien lunetier en cas de renouvellement d'une ordonnance lorsqu'il est associé à la délivrance d'un équipement optique.
- Pour l'application des règles de prises en charge maximale, relatives aux dépassements d'honoraires et équipements optique selon les principes précisés ci-dessous, les garanties prévues s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire ainsi que les garanties complémentaires souscrites qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat et **dans la limite des frais facturés**.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, celle-ci s'effectue dans la double limite de 100 % de la base de remboursement et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % de la base de remboursement.

L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO) ont remplacé le dispositif du Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

Cette évolution de dispositifs, a pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires. Elle n'a pas d'incidence sur les modalités de calcul des remboursements prévus par votre contrat : les garanties qui faisaient référence au CAS visent désormais l'OPTAM et l'OPTAM-CO.

La liste des praticiens concernés est consultable sur annuaire.sante.ameli.fr.

29.2. 100% Santé

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.

En **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.

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

En **dentaire** : prise en charge intégrale des **soins et prothèses, dans la limite des honoraires limites de facturation**, l'absence de reste à charge dépendant du matériau utilisé et de l'emplacement de la dent : pas de reste à charge pour les prothèses métalliques (dents du sourire et dents de fond de bouche), et pas de reste à charge pour les dents du sourire selon le type de prothèse utilisé.

29.3 Couverture minimale

Conformément à la réglementation, le présent contrat prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de Santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, **sauf pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré**,
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée,
- à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie, les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale,

- un forfait minimum pour des équipements d'optique médicale (verres et monture) soumis au remboursement de l'assurance maladie, dans la limite des frais exposés par l'assuré. Les forfaits énoncés à l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale sont fonction de la correction de la vue et versés selon les périodes définies pour le renouvellement des dispositifs dans les conditions suivantes :

a) au minimum à 50 euros et au maximum à 420 euros dans les cas suivants :

- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ;
- par équipement à verres 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 ;
- par équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

b) au minimum à 125 euros et au maximum à 560 euros par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c) ;

c) au minimum à 200 euros et au maximum à 700 euros dans les cas suivants :

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

d) au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f) ;

e) au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f) ;

f) au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros dans les cas suivants :

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 à 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-

cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à 0,25 dioptrie ;

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 8,00 dioptries.

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 100 euros.

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans.

Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.

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.

29.4 Dispositions communes

Toutefois, le présent contrat ne prend pas en charge :

- la participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale,
- la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités,
- la minoration du remboursement en cas de refus du patient du transport sanitaire programmé partagé,
- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés).
- Tout acte pris en charge par les dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC), ne donne pas lieu à remboursement, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence de la Réanimation (SMUR).

Les garanties et niveaux de remboursement de votre contrat seront adaptés en fonction des éventuelles évolutions législatives et réglementaires régissant « la couverture minimale » et « les contrats responsables ».

Article 30. 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 remboursées sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale. Les prestations de l'organisme assureur viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale et sont payées en euros.

Les salariés garantis exercent leur activité dans le champ géographique de la CCN du 31 octobre 1951 : France métropolitaine et départements et régions français d'Outre-Mer.

Chapitre X. Modalités de calcul des prestations

Article 31. Montants retenus

Prestation exprimée en pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale

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

Montants des frais réels retenus

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

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

31.1 Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM / OPTAM-CO)

Les honoraires de médecins feront l'objet de remboursements différenciés selon qu'ils adhèrent ou non aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM / OPTAM-CO).

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

- elle ne peut excéder ce qui est prévu au contrat ;
- elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, en respectant une différence au moins égale à 20 points par rapport au tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensée par les médecins non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée).

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.

Si le remboursement des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée n'est pas plafonné, le maximum de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée est porté à 100% du tarif de responsabilité

31.2 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 déduction faite des prises en charge opérées par les assurances complémentaires qui interviennent avant la garantie prévue au contrat.

- Les séances d'accompagnement psychologique dans le cadre du dispositif « Mon Soutien Psy » sont prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

Le présent contrat rembourse le ticket modérateur des séances effectuées dans le cadre de ce dispositif.

31.3 Tiers payant

Le Membre participant et ses ayants droit bénéficient du mécanisme de tiers payant (dispense d'avance de frais) sur les actes pratiqués par les professionnels de Santé au moins à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

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

Spécificité du tiers payant pour le « 100% Santé » :

Dans le cadre du « 100% Santé », le tiers payant s'applique intégralement sur les paniers de soins optique, dentaire, et audio sans reste à charge, c'est à dire à hauteur des prix limites de vente et des honoraires limites de facturation définis réglementairement. Le membre participant et ses ayants droit qui n'utilisent pas leur carte de tiers-payant ou se voient refuser ce service par le professionnel de Santé doivent demander une facture auprès du professionnel de Santé afin d'être remboursés par l'organisme assureur"

31.4 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).

31.4.1 Forfait journalier

Le contrat prend en charge l'intégralité du forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers de Santé, mentionné à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale, sous réserve des exclusions suivantes :

Sont exclus :

- les établissements médico-sociaux définis à l'article L.312-1 I-6 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174-6 du Code de de la sécurité sociale (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.

31.4.2. Forfait patient urgences

Il s'agit d'une participation forfaitaire due lors d'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.

31.4.3 Honoraires

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

31.4.4 Frais de séjour non conventionnés

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, les frais de séjour dans des établissements non conventionnés seront remboursés **dans la limite du ticket modérateur, soit 100% de la Base de Remboursement (tarif d'autorité) moins le remboursement de la Sécurité sociale.**

31.4.5 Personne accompagnante

Lit d'accompagnant conventionné

Cette prestation, si elle est prévue au tableau des garanties, comprend le lit d'accompagnement et le repas du soir.

Elle s'entend par jour **dans la limite des frais engagés par bénéficiaire. L'accompagné doit être obligatoirement un ayant droit au sens du présent contrat.**

31.4.6 Chambre particulière dans un établissement conventionné

Cette Prestation définie au tableau de garanties permet au patient qui en fait la demande d'être hébergé en chambre individuelle à l'occasion d'une hospitalisation.

31.5 Optique

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

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- **L'équipement optique de « classe A »** est sans reste à charge pour l'assuré : cet équipement est remboursé aux frais réels **dans la limite des prix limites de vente** qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100% Santé » ;
- **L'équipement optique de « classe B »** : cet équipement est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et **dans les limites des garanties mentionnées dans les tableaux de prestations.**

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 »,**
- **soit un panachage entre les verres des classes A et B et une monture de classe A ou B.**

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 2 ans (24 mois) s'apprécie à compter de la date d'acquisition du premier équipement. Elle peut donc être différente entre le participant et chacun de ses ayants droit.

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 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).

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.

La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'Institution de Prévoyance ou par la Mutuelle.

Les prestations servies sont contenues dans les limites fixées par les textes sur le « contrat responsable ». Les montants indiqués s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par des garanties complémentaires souscrites qui interviendraient avant la garantie prévue au présent contrat, et dans la limite des frais facturés.

Lentilles

La prestation lentilles est prise en charge dans la **limite d'un forfait annuel qui s'apprécie par an et par bénéficiaire.** Cette rubrique inclut tous les types de lentilles :

les lentilles de correction, prises en charge ou non par la Sécurité sociale, ainsi que les lentilles jetables.

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.

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.

31.6. Dentaire

Pour tous les travaux dentaires, et dans l'intérêt du bénéficiaire, pour tous les travaux dentaires, la demande d'un devis au préalable est fortement recommandé.

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 ainsi 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 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 les 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 fonds de bouche)** telles que les molaires ne font l'objet d'aucune majoration de remboursement. Il s'agit des dents portant les numéros : 16, 17, 18, 26, 27 et 28 (haut) ainsi que 36, 37, 38, 46, 47 et 48 (bas).

31.7. Appareil auditif

La prestation, qui s'entend par oreille appareillée, est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

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

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

31.8. Maternité

Les frais médico-chirurgicaux engagés (examens prénataux, examens postnataux, frais d'accouchement, surveillance médicale de l'enfant) à l'occasion de la maternité du Membre participant, sont pris en charge dans les conditions indiquées dans le tableau des garanties prévu aux Conditions Particulières ou Certificat d'Adhésion.

Les soins et frais indemnisés au titre de l'assurance Maternité intervenant durant la période comprise entre le 1^{er} jour du 6^{ème} 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, l'ensemble des frais d'analyses et d'examens en laboratoire, frais d'optique et prothèses dentaires.

Article 32. Disposition pour les départements du Bas Rhin, du Haut Rhin et de la Moselle

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

Article 33. Principe indemnitaire

Les prestations auxquelles les garanties Santé donnent droit des prestations en espèces et à caractère indemnitaire. Ainsi les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

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

Chapitre XI.

Modalités de paiement des prestations

Article 33. Formalités de règlement des prestations

Les prestations sont traitées :

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

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

Pour les actes ou frais non pris en charge par la Sécurité sociale, le Membre participant devra adresser à l'organisme assureur de sa structure les originaux des factures et notes d'honoraires acquittés. Lors de l'affiliation, le Membre participant fournit un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

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

Les demandes de prestations doivent être produites dans un délai de deux ans, lequel commence à courir à partir de la date du décompte de la Sécurité sociale ou de la date des soins lorsqu'ils ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale, date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations.

Article 34. Délais de paiement des prestations

Les prestations garanties sont servies dans un délai moyen de **quarante-huit heures** en échange NOEMIE ou de **cinq 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 hors délais bancaires et hors cas de force majeure.

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

Annexe I - tableaux des garanties

Remboursements
Les montants des prestations sont exprimés y compris les remboursements de la Sécurité sociale

	Base 1	Base 2	Base 3
Hospitalisation médicale et chirurgicale			
Honoraires Chirurgie - hospitalisation (y compris maternité)			
Conventionnée - Frais de séjour	100% BR	125% BR	250% BR
Conventionnée - Honoraires OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	150% BR	250% BR
Conventionnée - Honoraires hors OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	130% BR	200% BR
Non conventionnées - Honoraires	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait Patient Urgences (FPU)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait actes lourds	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (y compris maternité)			
Chambre (avec nuitée) - Conventionnée	1,25% PMSS / Jour	1,50% PMSS / Jour	2% PMSS / Jour
Chambre en ambulatoire (sans nuitée) - Conventionnée	0,50% PMSS / Jour	0,75% PMSS / Jour	1% PMSS / Jour
Pour personne accompagnante - Conventionnée	Non couverte	1,50% PMSS / Jour	2% PMSS / Jour
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Consultations - Visites Généralistes OPTAM (*)	100% BR	100% BR	100% BR
Consultations - Visites Généralistes hors OPTAM (*)	100% BR	100% BR	100% BR
Consultations - Visites Spécialiste OPTAM (*)	100% BR	140% BR	250% BR
Consultations - Visites Spécialiste hors OPTAM (*)	100% BR	120% BR	200% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	140% BR	170% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) hors OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	120% BR	150% BR
Actes d'échographie OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	120% BR	170% BR
Actes d'échographie hors OPTAM/OPTAM-CO (*)	100% BR	100% BR	150% BR
Radiologie OPTAM (*)	100% BR	120% BR	170% BR
Radiologie hors OPTAM (*)	100% BR	100% BR	150% BR
Sages-femmes	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses - actes de laboratoire	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments - Pharmacie			
Médicament remboursé à 65% par la SS	100% BR	100% BR	100% BR
Médicament remboursé à 30% par la SS	100% BR	100% BR	100% BR
Médicament remboursé à 15% par la SS	RSS	100% BR	100% BR
Honoraires de pharmacie remboursés par la SS	100% BR	100% BR	100% BR
Vaccins remboursés par la SS	100% BR	100% BR	100% BR
Vaccins non remboursés par la SS	Non couverte	25 €/an/bénéficiaire	75 €/an/bénéficiaire

Remboursements
Les montants des prestations sont exprimés y compris les remboursements de la Sécurité sociale

	Base 1	Base 2	Base 3
Soins courants			
Transport			
Transport accepté par la SS	100% BR	100% BR	100% BR
Matériel médical			
Orthopédie, petit et grand appareillage et autres prothèses remboursés par la SS (hors auditifs, dentaires et optiques), véhicule pour handicapé	100% BR	130% BR	250% BR
Psychothérapie			
Séances de psychologues remboursées par la SS dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire	100% BR	100% BR	100% BR
Médecine douce et prévention			
Médecines douces reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels (sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné). Liste des praticiens pris en charge : Consultations psychologues, ostéopathie, chiropractie, microkinésithérapie, étiopathie, acupuncture, réflexologie, sophrologie, pédicure/podologue, équilibre alimentaire - diététique et séances de psychomotricité	Non couverte	3 séances max 25 € / an / bénéficiaire	3 séances max 50€ / an / bénéficiaire
Prévention : Tous les actes des contrats responsables	100% BR	100% BR	100% BR
Ostéodensitométrie osseuse non remboursée SS	Non couverte	Non couverte	50 € / an / bénéficiaire
Patch anti-tabac non remboursé SS	Non couverte	Non couverte	200 € / an / bénéficiaire
Cures thermales			
Cures thermales remboursées par la SS	RSS	RSS	RSS + 200 € / an / bénéficiaire
Aides auditives			
Classe I : équipements entrant dans le panier 100% Santé	Classe I ⁽¹⁾	Classe II ⁽²⁾	Classe I ⁽¹⁾
Classe II : équipements hors panier 100% Santé	Classe I ⁽¹⁾	Classe II ⁽²⁾	Classe II ⁽²⁾
Aide Auditive (3) pour les bénéficiaires de 20 ans et moins ou atteint de cécité	100% PLV	100% BR	100% PLV
Aide Auditive (3) pour les bénéficiaires de plus de 20 ans	100% PLV	100% BR	100% PLV
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés par la SS (dans les limites fixées réglementairement)	100% BR	100% BR	100% BR
Dentaire			
Soin			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
Onlays - Inlays du panier maîtrisé dans la limite des HLF et du panier libre	100% BR	130% BR	250% BR
Soins et prothèses 100% Santé ⁽⁴⁾	100% HLF	100% HLF	100% HLF
Prothèses panier maîtrisé⁽⁴⁾ et panier libre⁽⁴⁾			
Prothèses fixes ou amovibles remboursées par la Sécurité sociale y compris couronne sur implant (5)	Panier maîtrisé	Panier libre	Panier maîtrisé
	Plafond global 500 € / an / bénéficiaire	Plafond global 1000 € / an / bénéficiaire	Plafond global 1500 € / an / bénéficiaire
- Remboursées SS : dents du sourire (incisive, canine, prémolaire)	200% BR	200% BR	350% BR
- Remboursées SS : dents de fond de bouche (molaire)	200% BR	200% BR	300% BR
- Inlays-cores	125% BR	125% BR	150% BR
Autres actes dentaires			
Orthodontie acceptée par la SS	125% BR	200% BR	350% BR
Orthodontie refusée par la SS	Non couverte	300€/semestre de soins	500€/semestre de soins
Prothèses dentaires non remboursées	Non couverte	500€/dent x2/an	750€/dent x2/an
Parodontologie non remboursée SS	Non couverte	500€/séance x2/an	750€/séance x2/an
Implantologie non remboursée SS	Non couverte	500€/dent x2/an	750€/dent x2/an

(1) Telle que définie réglementairement.
(2) Telle que définie réglementairement. Le remboursement de la classe II est réglementairement plafonné à 1700 € /oreille. Prise en charge minimale telle que prévu par le cahier des charges des contrats responsables : 100% TM.
(3) Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).
(4) tels que définis réglementairement. Les garanties du panier 100% Santé et du panier maîtrisé s'entendent dans la limite des HLF.
(5) : le remboursement s'entend pour l'ensemble du poste Prothèses dentaires fixes ou amovibles remboursées dans la limite du plafond indiqué par an et par bénéficiaire, au-delà le remboursement devra respecter le minimum du panier de soins : 125% BR

Remboursements

Les montants des prestations sont exprimés y compris les remboursements de la Sécurité sociale

	Base 1		Base 2		Base 3	
	Classe A	Classe B	Classe A	Classe B	Classe A	Classe B
Optique						
Classe A : équipements⁽⁶⁾ entrant dans le panier 100% Santé						
Classe B : équipements⁽⁶⁾ hors panier 100% Santé						
Monture	100% PLV	Grille optique base 1	100% PLV	Grille optique base 2	100% PLV	Grille optique base 3
Verres						
Prestation d'adaptation et d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV		Prise en charge intégrale dans la limite des PLV		Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	100% BR		100% BR		100% BR	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiphotos / verres iséioniques)	100% BR		100% BR		100% BR	
Autres prestations						
Lentilles (7) (acceptées, refusée et jetables)	RSS + 50 € / an / bénéficiaire		RSS + 100 € / an / bénéficiaire		RSS + 250 € / an / bénéficiaire"	
Chirurgie réfractive non remboursée SS	Non couverte		500€ / œil / an		1000€ / œil / an	

(6) Tels que définis réglementairement et limité à :

- Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les 6 mois par bénéficiaire jusqu'à 6 ans, en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur, à partir de la date de facturation selon réglementation en vigueur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa suivant s'applique.
- Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les ans par bénéficiaire de moins de 16 ans à partir de la date de facturation.
- Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans par bénéficiaire de 16 ans et plus à partir de la date de facturation et par dérogation, tous les ans en cas d'évolution de la vue. Il est prévu par voie réglementaire d'autres cas dérogatoires aux périodes mentionnées ci-dessus pour l'achat de verres uniquement lorsque l'évolution de la vue est liée à des situations médicales particulières.

(7) Pour les lentilles remboursées par la sécurité sociale, après épuisement du forfait : prise en charge de 100% du TM.

Lexique

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

PLV : Prix limite de vente

HLF : Honoraires Limites de Facturation

RSS : Remboursement Sécurité sociale

TM : Ticket Modérateur

SS : Sécurité sociale

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale, valeur fixée par décret au 01/01 de chaque année (www.pmss.fr)

	Base 1		Base 2		Base 3	
	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte
VU1	Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries					
	50,00 €	65,00 €	50,00 €	70,00 €	60,00 €	90,00 €
VU2	Verres 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"					
	60,00 €	70,00 €	60,00 €	80,00 €	70,00 €	100,00 €
VU3	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries					
	60,00 €	75,00 €	60,00 €	85,00 €	75,00 €	100,00 €
VU4	Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries					
	75,00 €	80,00 €	75,00 €	85,00 €	80,00 €	100,00 €
VU5	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries					
	75,00 €	90,00 €	75,00 €	90,00 €	90,00 €	110,00 €
VU6	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie					
	75,00 €	90,00 €	75,00 €	95,00 €	90,00 €	120,00 €
VU7	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries					
	80,00 €	100,00 €	80,00 €	110,00 €	100,00 €	130,00 €
VM1	Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries					
	80,00 €	80,00 €	90,00 €	110,00 €	110,00 €	175,00 €
VM2	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					
	90,00 €	100,00 €	100,00 €	110,00 €	120,00 €	185,00 €
VM3	Verres multifocaux ou progressifs sphéro- cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries					
	90,00 €	100,00 €	100,00 €	130,00 €	120,00 €	185,00 €
VM4	Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries					
	100,00 €	100,00 €	110,00 €	135,00 €	130,00 €	200,00 €
VM5	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					
	100,00 €	100,00 €	110,00 €	135,00 €	130,00 €	200,00 €
VM6	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					
	110,00 €	110,00 €	115,00 €	140,00 €	140,00 €	210,00 €
VM7	Verres multifocaux ou progressifs sphéro- cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries					
	110,00 €	110,00 €	115,00 €	140,00 €	140,00 €	210,00 €
Montures	70,00 €	80,00 €	70,00 €	100,00 €	100,00 €	100,00 €

Annexe II - coordonnées des organismes assureurs

Organisme AA2:C8	Réclamation	Médiation
HARMONIE MUTUELLE	<ul style="list-style-type: none"> • Par mail : en complétant le formulaire disponible sur le site internet de la mutuelle (https://www.harmonie-mutuelle.fr) • Ou sur l'application « Harmonie & Moi » ; • Ou par courrier postal à : son centre de gestion ou à l'adresse figurant sur sa carte mutualiste 	<ul style="list-style-type: none"> • Par mail : http://cnpn-mediation-consommation.eu • Ou par courrier postal à : Médiateur de la consommation auprès de la Mutuelle HARMONIE MUTUELLE CNPM MEDIATION CONSOMMATION 27 Avenue de la Libération 42400 SAINT-CHAMOND
MGEN	<ul style="list-style-type: none"> • Par courrier postal à : MGEN Entreprises – Service réclamations TSA 11644 – 75901 PARIS Cedex 15. 	<ul style="list-style-type: none"> • Par courrier postal à : CNPM Médiation Consommation 27, avenue de la libération 42 400 SAINT- CHAMOND • Ou par mail : http://cnpn-mediation-consommation.eu
AÉSIO mutuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Via le formulaire de contact de l'espace adhérent, accessible depuis le site aesio.fr • Par courrier postal à : AÉSIO mutuelle – Service Réclamations TSA 11390 – 53106 MAYENNE CEDEX 	<ul style="list-style-type: none"> • Par courrier postal à : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF, 255 rue de Vaugirard – 75719 PARIS cedex 15 • Ou via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : https://www.saisine.mediateur-mutualite.fr
MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE	<ul style="list-style-type: none"> • Par mail pour l'entreprise à : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance 78288 Guyancourt Cedex, • Par mail pour les membres participants et/ou les bénéficiaires : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Assurance 78288 Guyancourt Cedex 	<ul style="list-style-type: none"> • Par courrier postal à : M. le médiateur de la protection sociale CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 Paris • Ou par mail : https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/
MNH	<ul style="list-style-type: none"> • Par courrier postal à : MNH – Service Réclamations TSA 80002 – 45123 CHALETTE SUR LOING CEDEX 	<ul style="list-style-type: none"> • Par courrier postal à : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française – FNMF 255 rue de Vaugirard – 75719 PARIS Cedex 15 • Ou directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur : https://www.mediateur-mutualite.fr/
OCIANE MATMUT	<ul style="list-style-type: none"> • Par courrier postal à : Service « Réclamations » du Groupe Matmut, 66 rue de Sotteville 76030 ROUEN Cedex 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Par courrier postal à : La Médiation de l'Assurance TSA 50110 75441 Paris Cedex 09

HARMONIE MUTUELLE,

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°538 518 473, numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57, Siège social :143 rue Blomet – 75015 PARIS

MGEN,

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 685 399, siège social : 3 square Max Hymans – 75748 PARIS Cedex 15

AÉSIO

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

MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE,

Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la Sécurité sociale, numéro SIREN 775 691 181, siège social : 21 rue Laffitte – 75009 PARIS

MNH,

mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 606 361, siège social : 331 avenue d'Antibes – 45200 Amilly.

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



