

CONDITIONS GENERALES

Convention Collective Nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951

Régime de base obligatoire

IDCC n° 29 – Janvier 2023



Préambule	3
Titre I. Dispositions Communes	4
Chapitre I. Objet, date d'effet, durée et reconduction du contrat	4
Chapitre II. Membre participant	6
Chapitre III. Ouverture, suspension, maintien et cessation des garanties	7
Chapitre IV. Obligations des parties	11
Chapitre V. Cotisations	12
Chapitre VI. Sauvegarde, résiliation et contrôle	13
Chapitre VII. Autres dispositions	15
Titre II. Définitions des garanties et prestations « Frais de santé »	19
Chapitre VIII. Etendue des garanties	19
Chapitre IX. Modalités de calcul des prestations	23
Chapitre X. Modalités de paiement des prestations	28
Annexe I. Maintien des garanties	30
A. En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à Indemnisation	30
B. Membres participants privés d'emploi et indemnisés par Pôle emploi	31
Annexe II. Tableaux des garanties	34
Annexe III. Coordonnées des organismes assureurs	38

P R E A M B U L E

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 ayant une ancienneté au sein de l'entreprise d'au moins trois mois - ou à compter du premier jour du contrat de travail lorsqu'aucune condition d'ancienneté n'est appliquée - 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 :
 - o Base 2 (option 1) ou intitulée (régime conventionnel + B2)
 - o 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.

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

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

ARTICLE 1. OBJET

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

- d'une part, l'entreprise, dont l'activité relève de la branche des **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.
 - **OCIANE MATMUT**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°434 243 085, siège social : 35 rue Claude Bonnier – 33054 BORDEAUX Cedex

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

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

Ces deux contrats collectifs constituent l'ensemble contractuel qui 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 du 31 octobre 1951.

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

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

Outre le remboursement des prestations médico-chirurgicales, les Membres participants bénéficient du tiers-payant et de l'accès aux œuvres sociales et services proposés par l'organisme assureur auxquels ils sont affiliés.

En complément, les Membres participants pourront bénéficier du Fonds social mis en place par l'avenant n°2015-01.

Les entreprises adhérentes au Contrat et relevant de la Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951 affilient leurs salariés en vue de garantir, lors de la réalisation des risques, le versement des prestations garanties, selon les modalités définies ci-après.

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

ARTICLE 2. DATE D'EFFET, DUREE ET RECONDUCTION

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

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

Il est ensuite reconduit tacitement au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une ou l'autre partie selon les modalités définies à l'article 16 « 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. MEMBRE PARTICIPANT

ARTICLE 3. DEFINITION DU MEMBRE PARTICIPANT

Est affilié à titre **obligatoire** au Contrat **l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail ayant une ancienneté au sein de l'entreprise d'au moins trois mois – ou à compter du premier jour du contrat de travail dans l'entreprise lorsqu'aucune condition d'ancienneté n'est appliquée** - 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.

Toutefois, les salariés peuvent être dispensés d'affiliation au Contrat, selon les modalités prévues dans l'article 2.2 de l'avenant n°2015-01 du 27 janvier 2015 ; ces dispenses d'affiliation sont conformes aux règles d'exonération prévues à l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application ainsi qu'à ses obligations légales et conventionnelles.

Dès lors que les conditions ayant justifié les dispenses d'affiliation cessent, ou en l'absence de justificatifs, les salariés concernés devront alors être obligatoirement affiliés au contrat, à compter du premier jour du mois civil suivant la modification de leur situation.

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

Les salariés engagés postérieurement à la date de prise d'effet du Contrat conclu par l'entreprise sont affiliés dès lors qu'ils répondent aux conditions définies ci-dessus, sous réserve d'avoir été déclarés auprès de l'organisme assureur dans les trois mois suivant la date d'embauche.

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

Le Membre participant peut étendre sa couverture frais de santé à ses ayants droit selon les conditions et modalités définies au sein des Conditions Générales du Régime facultatif.

ARTICLE 4. OUVERTURE ET SUSPENSION

4.1 Conditions d'ouverture des garanties

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

Lors de la souscription

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

En cours d'exercice

- ✓ Entrée de nouveaux salariés
un Bulletin ou Formulaire Individuel d'Affiliation dûment complété et signé par chaque salarié.
- ✓ Sortie des Membres participants
un état mensuel nominatif du personnel sorti des effectifs avec la date de départ et le motif associé.
- ✓ Autres situations
Cas de suspension des contrats de travail des salariés éligibles au maintien des garanties

Ces états doivent être transmis dès que possible et au plus tard dans les trente jours suivant l'événement, par fichiers comme la DSN, ou un format équivalent.

4.2 Amélioration des garanties par un régime optionnel

L'adhésion de l'entreprise à un des deux régimes optionnels s'applique de manière obligatoire à l'ensemble des salariés bénéficiaires.

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

L'adhésion à un régime optionnel est acquise dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Elle se poursuit annuellement par tacite reconduction, sauf résiliation dont les modalités sont définies à l'article 16 des présentes conditions générales.

4.3 Entrée en vigueur des garanties

Les garanties entrent en vigueur pour un Membre participant :

- ✓ **soit à la prise d'effet du Contrat ou à la date à laquelle il atteint trois mois d'ancienneté lorsqu'une condition d'ancienneté est prévue par le régime mis en place par l'employeur, dès lors qu'il est salarié de l'entreprise à la date d'effet du contrat,**
- ✓ **soit à compter de la date à laquelle il répond aux conditions définies au chapitre II des présentes Conditions Générales, lorsqu'il est embauché postérieurement à la date d'effet du Contrat, sous réserve d'avoir été déclaré auprès de l'organisme assureur dans les trois mois suivant la date d'embauche.**

Passé ce délai, les garanties ne prendront effet qu'à la date de réception par l'organisme assureur de la déclaration d'adhésion par l'entreprise.

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

4.4 Cas de suspensions du contrat de travail

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

Les garanties sont également maintenues dans les mêmes conditions que les salariés actifs en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur, y compris en cas d'activité partielle, activité partielle de longue durée ou de toute période de congé rémunéré par l'employeur.

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

b) En cas de suspension du contrat de travail du Membre participant :

- **ne donnant lieu ni à maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur** (salaire ou revenu de remplacement, à la charge de l'employeur), ni à indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- **dont le maintien des garanties n'est pas prévu expressément par la réglementation ou la législation en vigueur,**

les garanties du Membre participant sont suspendues de plein droit.

Il en est ainsi notamment en cas de :

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

et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation, et dont le maintien des garanties n'est pas prévu par la réglementation ou la législation telle que décrite ci-dessus.

La suspension des garanties intervient à la date de la cessation d'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente.

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

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

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

Maintien des garanties à titre facultatif

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

ARTICLE 5. MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

5.1 Anciens salariés en application de la loi n° 89-1009 du 31/12/1989.

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

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.

En application de l'article 4 de la loi Evin, peuvent bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien de la couverture prévue par le Contrat, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- ✓ les anciens salariés obtenant la liquidation de leur pension de vieillesse de la Sécurité sociale, à condition d'avoir été affiliés au Contrat en tant qu'actifs, et sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les **six 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 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 salarié décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les **six mois** suivant le décès du salarié.

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

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

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

La cotisation applicable à la convention d'accueil est déterminée en pourcentage de la cotisation totale (part patronale + salariale) acquittée au titre de la précédente affiliation au Contrat et dans les limites prévues par la loi n°89-1009 du 31/12/1989 et ses décrets d'application.

Le niveau de couverture maintenue par les organismes assureurs correspond au niveau de couverture obligatoire dont bénéficiait l'ancien salarié dans son entreprise, ou si ce dernier le souhaite, à un des niveaux inférieurs.

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

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

ARTICLE 6. 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 12 « Défaut de paiement des cotisations » des présentes Conditions Générales ;**
- **à la date de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale du Membre participant, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur (sous réserve du bénéfice de l'article 5.1) ;**
- **à la date de cessation du contrat de travail du Membre participant (au terme du préavis effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits telles que prévues à l'article 5.2 ;**
- **au jour du décès du Membre participant ;**
- **et en tout état de cause, à la date de résiliation du Contrat.**

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

CHAPITRE IV. OBLIGATIONS DES PARTIES

ARTICLE 7. 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.

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

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

Toute modification intervenant dans la situation familiale du Membre participant doit être formulée par écrit, en complétant un Bulletin Individuel de Modification si celui-ci est demandé, à l'organisme assureur ou gestionnaire par le biais de l'entreprise.

ARTICLE 8. OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE

Changement d'activité

Dans le cas où l'entreprise change d'activité, ne relève plus de la **Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951**, celle-ci devra le notifier à l'organisme assureur par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception au plus tard **deux mois** après ledit changement. Les organismes assureurs se réservent la possibilité de résilier le Contrat selon les modalités prévues à l'article 16 « Résiliation » des présentes Conditions Générales.

Information des Membres participants

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

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

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

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

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

CHAPITRE V. COTISATIONS

ARTICLE 9. 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 10. STRUCTURE DE COTISATION

La structure de cotisation obligatoire retenue est « **salarié isolé** » : salarié seul, quelle que soit la situation de famille.

ARTICLE 11. PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payées mensuellement ou trimestriellement à terme échu par l'entreprise directement à l'organisme assureur ou gestionnaire, au plus tard dans les **dix jours** qui suivent l'échéance mensuelle ou trimestrielle.

Le calcul de chaque versement est effectué à partir de l'effectif assuré au cours de la période au titre de laquelle les cotisations sont dues.

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

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

ARTICLE 12. DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement des cotisations dans les dix jours suivant l'échéance l'organisme assureur adresse éventuellement une lettre de relance, puis il adresse une lettre de mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception.

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

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

ARTICLE 13. REVISION DES COTISATIONS

Il est convenu entre les partenaires sociaux et les organismes assureurs référencés de gérer les paramètres du régime afin qu'il reste à l'équilibre. Si des modifications sont apportées, elles seront formalisées par voie d'avenant à la Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951 et aux présentes Conditions Générales.

La prise en compte de ces modifications se fera sous réserve de l'agrément de l'avenant modificatif.

ARTICLE 14. REGULARISATION

Simultanément à la déclaration DSN de décembre ou lors de l'envoi du bordereau de cotisations du 4^{ème} trimestre, l'entreprise doit verser à l'organisme assureur le solde de la cotisation annuelle.

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

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

ARTICLE 15. 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 13 « 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 16. RESILIATION

Le Contrat peut être résilié :

- à la demande de l'entreprise :
 - L'entreprise peut mettre fin à la garantie annuellement avant le 31 octobre de l'année civile, 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)
 - à 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 ;
- 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 ;
- par tout autre moyen prévu par le contrat.

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

- à la demande de l'organisme assureur :
 - tous les ans (échéance annuelle du 31 décembre), par lettre recommandée avec accusé de réception sous réserve du respect d'un préavis de deux mois, avant la date d'échéance ;

- à l'issue du délai de préavis de deux mois, lorsque l'entreprise ne relève plus de la Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951 en raison, notamment, de l'application d'une nouvelle convention collective (en tout état de cause, le contrat pourra être maintenu jusqu'à l'expiration du délai d'un an prévu à l'article L 2261-14 du code du travail) ;
- à tout moment, à l'issue de la procédure prévue en cas de défaut de paiement des cotisations définie à l'article 12 « Défaut de paiement des cotisations » du Contrat.
- dans l'hypothèse d'une procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire ouverte à l'encontre du souscripteur, un mois après la mise en demeure adressée au mandataire judiciaire et en cas de silence de celui-ci sur la poursuite du contrat collectif.

La résiliation du contrat collectif à adhésion obligatoire entraîne la résiliation du contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'entreprise, ainsi que la fermeture du contrat collectif à adhésion facultative « régime d'accueil » mettant en œuvre le régime frais de soin de santé de la branche.

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 17. ORGANISME DE CONTROLE DES ASSURANCES

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

CHAPITRE VII. AUTRES DISPOSITIONS

ARTICLE 18. FAUSSE DECLARATION

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 19. DECHEANCE

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 participation à indemnisation, l'organisme assureur se réserve la possibilité d'engager des poursuites pénales à son encontre.

ARTICLE 20. 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 fautive 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 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 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 d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception adressée 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 ou le Membre participant à l'organisme assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 21. DECLARATION ET APPRECIATION 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 22. SUBROGATION

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

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 23. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE 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 délégataires 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 dûment 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, en justifiant de son identité, sur simple demande écrite adressée à l'attention du Délégué à la protection des données aux adresses postales suivantes :

- Pour **MNH** : MNH _ Le délégué à la protection des données, 331 avenue d'Antibes, 45213 MONTARGIS CEDEX ou par courriel à dpd@mnh.fr

- Pour **MGEN** : MGEN – Gestion CNIL – 7 square Max Hymans – 75015 PARIS ou par courriel à dpo@mgensolutions.fr
- Pour **Harmonie Mutuelle** – Service DPO – 29 quai François Mitterrand – 44273 NANTES CEDEX 2 ou par courriel à dpo@harmonie-mutuelle.fr
- Pour **Ociane** MATMUT – 66 rue de Sotteville -76100 ROUEN ou par courriel à dpo@matmut.fr
- Pour **MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE** : Pôle Informatique et Libertés – 21 rue Laffitte – 75317 PARIS CEDEX 9 ou par courriel à dpo@malakoffhumanis.com
- Pour **AESIO Mutuelle** : AESIO Mutuelle, Délégué à la protection des données, 4 rue du Général Foy 75008 PARIS ou par mail à : aesio.dpo@aesio.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.

ARTICLE 24. RECLAMATION ET LITIGE / MEDIATION

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 3 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 3 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.

TITRE II : DEFINITIONS DES GARANTIES ET PRESTATIONS FRAIS DE SANTE

CHAPITRE VIII. ETENDUE DES GARANTIES

ARTICLE 25. NATURE DES GARANTIES ET PRESTATIONS

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

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

ARTICLE 26. DISPOSITIF « CONTRAT RESPONSABLE »

Critères du contrat responsable et de la couverture minimale

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.

26.1. Contrat responsable

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, y compris les prestations liées à la prévention, sauf pour les frais de cure thermique, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie,

- 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.

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.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge d'équipements d'optique médicale (verres et monture) supérieure au ticket modérateur, elle doit respecter les périodes définies pour leur renouvellement ainsi que des minima et des maxima énoncés à l'article R.871-2 3 du Code de la sécurité sociale, incluant le ticket modérateur.

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 visent désormais l'OPTAM et l'OPTAM-CO.

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

26.2. 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.

26.3. 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 et l'homéopathie,

- 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.

26.4. 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,
- 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 26. TERRITORIALITE

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

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

ARTICLE 28. 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.

28.1 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.

28.2 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 « MonPsy » 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.

28.3 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.

Il est rappelé que la carte de tiers payant délivrée par l'organisme assureur doit lui être restituée sans délai lorsque le Membre participant est radié des effectifs de l'entreprise.

28.4 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).

28.4.1 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.**

28.4.2 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.

28.4.3 Honoraires :

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

28.4.4 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.**

28.4.5 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.

28.4.6 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.

28.5 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).

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.

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

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

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

La définition des verres simples, complexes et très complexes est précisée à l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

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

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

Lentilles

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

28.6 Dentaire

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

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

Trois paniers de soins prothétiques sont 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, 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, 25, 26, 27 et 28 (haut) ainsi que 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48 (bas).

28.7 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. »

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 (à l'exception de la chambre particulière, sauf disposition spécifique prévue au tableau de garanties), l'ensemble des frais d'analyses et d'examens en laboratoire, frais d'optique et prothèses dentaires.

ARTICLE 29. DISPOSITION POUR LES DEPARTEMENTS 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 30. PRINCIPE INDEMNITAIRE

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

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

CHAPITRE X. MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 31. FORMALITES DE REGLEMENT 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 32. DELAIS 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.

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

Le maintien des garanties du régime des actifs est proposé, à titre **facultatif**, aux Membres participants en suspension de contrat de travail, conformément à l'article 4.4 des Conditions Générales.

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.

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

1) Prise d'effet des garanties

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

2) Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- ✓ à la date de fin de la suspension du contrat de travail du membre participant,
- ✓ à l'issue de la procédure en cas de non-paiement des cotisations, telle que prévue au paragraphe 4 ci-après,
- ✓ à la date de résiliation de l'adhésion individuelle facultative par le membre participant qui peut mettre fin à la garantie annuellement avant le 31 Décembre de l'année civile.
- ✓ 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.

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 ;
- 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.

L'organisme assureur attestera par écrit la réception de la notification du membre participant, étant précisé que cette résiliation est définitive.

- ✓ à la date de liquidation de la pension de retraite de la Sécurité sociale, sauf situation de cumul emploi retraite prévue par la législation en vigueur,
- ✓ à la date d'effet de la résiliation du présent Contrat,
- ✓ à la date de cessation du contrat de travail (correspondant au terme du préavis effectué ou non),
- ✓ et, en tout état de cause, au jour du décès du Membre participant, sous réserve des dispositions de l'article 5.1 des Conditions Générales.

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

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

3) Cotisations

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

Les cotisations sont payables par le Membre participant, mensuellement, au terme prévu dans le document formalisant l'acceptation expresse de l'adhésion par l'organisme assureur. Le paiement est effectué par prélèvement automatique sur son compte bancaire par l'organisme assureur ou, si ce dernier le prévoit par virement.

4) Défaut de paiement des cotisations

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

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

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

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

B – MEMBRES PARTICIPANTS PRIVES D'EMPLOI ET INDEMNISES PAR POLE EMPLOI

Conformément aux dispositions de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, les anciens salariés bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties des actifs, dans les conditions ci-après décrites, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.

1) Définition des bénéficiaires du dispositif

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

- le contrat de travail doit avoir été rompu : l'ensemble des motifs de rupture du contrat de travail sont concernés, **à l'exception de la faute lourde** ;
- la cessation de ce contrat de travail doit ouvrir droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage ;
- les droits à prestations doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur avant la cessation du contrat de travail.

2) Obligations des parties

a) Obligations des anciens salariés

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

b) Obligations de l'entreprise

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

- **informer dans un délai de trente jours de la cessation du contrat de travail de ses anciens salariés ;**
- **signaler, dans le certificat de travail de l'ancien salarié, le maintien de ces garanties.**

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

a) Prise d'effet du maintien

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

b) Durée du maintien

L'ancien Membre participant bénéficie de ce maintien pendant une durée égale à celle de son dernier contrat de travail ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le dernier employeur, appréciés en mois.

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

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

c) Cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse :

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

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

4) Définition des garanties et prestations

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur pour la catégorie de salariés actifs à laquelle appartenait l'ancien salarié avant la rupture de son contrat de travail.

5) Modifications contractuelles

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

6) Modalités de financement

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

7) Articulation entre les modalités de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale et celles de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (Loi « Evin »)

Les anciens salariés visés à l'article 4 de la loi n°89-1009 précité qui sont privés d'emploi et bénéficiaires d'un revenu de remplacement, peuvent bénéficier du maintien de leurs garanties dans les conditions prévues à l'article 5-1 des présentes conditions générales, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les **six mois** qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou le cas échéant, dans les **six mois** suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien des garanties au titre de la portabilité, en application de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale.

	BASE 1	BASE 2	BASE 3
HOSPITALISATION MEDICALE 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
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
	BASE 1	BASE 2	BASE 3
MEDECINE DOUCE ET PREVENTION			

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, étio-pathie, 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 (2)	Classe I (1)	Classe II (2)
Classe II : équipements hors panier 100% santé						
Aide Auditive (3) pour les bénéficiaires de 20 ans et moins ou atteint de cécité	100% PLV	100% BR	100% PLV	100% BR	100% PLV	RSS+860€/oreille
Aide Auditive (3) pour les bénéficiaires de plus de 20 ans	100% PLV	100% BR	100% PLV	RSS+250€/oreille	100% PLV	RSS+1000 €/oreille
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés par la SS (dans les limites fixées réglementairement)	100% BR		100% BR		100% BR	

DENTAIRE						
Soins						
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)	Panier maîtrisé	Panier libre	Panier maîtrisé	Panier libre	Panier maîtrisé	Panier libre
Prothèses fixes ou amovibles remboursées par la Sécurité sociale y compris couronne sur implant (5)	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	200% BR	450% BR	450% BR
- Remboursées SS : dents de fond de bouche (molaire)	200% BR	200% BR	300% BR	200% BR	350% BR	350% BR
- Inlays-cores	125% BR	125% BR	150% BR	125% BR	200% BR	200% 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	

(*) : OPTAM / OPTAM-CO » : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique.
Le remboursement par l'organisme assureur des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25/08/2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. L'organisme assureur ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.

- (1) Telle que définie réglementairement.
(2) Telle que définie réglementairement. Le remboursement de la classe II est réglementairement plafonné à 1 700 € /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

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	
OPTIQUE						
Classe A : équipements (6) entrant dans le panier 100% santé	Classe A	Classe B	Classe A	Classe B	Classe A	Classe B

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 antiptosis / verres iséiconiques)	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.

GRILLE OPTIQUE		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 €

Dans la grille Optique, les remboursements s'entendent par verre.

ANNEXE III. COORDONNEES DES ORGANISMES ASSUREURS

ORGANISME ASSUREUR	RECLAMATION	MEDIATION
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://cnpm-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://cnpm-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, 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

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

