

Notice d'information

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

Juillet 2024

Sommaire

I. Les bénéficiaires du régime frais de santé 5

- A. Qui peut bénéficier des garanties frais de santé du régime de base obligatoire ?
- B. Les formalités d'affiliation

II. Prise d'effet, suspension, maintien et terme des garanties 5

- A. Prise d'effet de vos garanties
- B. Cas de suspension du contrat de travail
- C. Maintien des garanties
- D. Terme des garanties

III. Vos garanties et prestations 7

- A. Dispositif contrat responsable
- B. Détail des prestations

IV. Dispositions générales 12

Annexe I. Maintien des garanties 14

- A. En cas de suspension du contrat de travail en donnant pas lieu à Indemnisation
- B. Retraités, anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité, d'invalidité ou d'un revenu de remplacement et ayants droit d'un membre participant décédé
- C. Salariés privés d'emploi et indemnisés par le pôle emploi

Annexe II. Régimes optionnels facultatifs extension pour les salariés et affiliation des ayants droit 18

- A. Ayants droit
- B. Prise d'effet des garanties
- C. Demande d'adhésion ou de changement de régime optionnel
- F. Faculté de renonciation
- E. Cotisations
- F. Terme des garanties
- G. Résiliation de l'adhésion

Annexe III. Tableaux des garanties 21

Annexe VI. Coordonnées des organismes assureurs 25

Préambule

Conformément à l'avenant n°2015-01 du 27 janvier 2015, agréé le 30 avril 2015, publié au journal officiel le 29 mai 2015, complété des additifs postérieurs et en dernier lieu l'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, votre employeur a souscrit au bénéfice de l'ensemble de son personnel salarié à compter du premier jour du contrat de travail dans l'entreprise, un contrat collectif à adhésion obligatoire qui a pour objet de compléter les prestations en nature versées par la Sécurité sociale, en remboursement des frais médico-chirurgicaux occasionnés par une maladie ou un accident.

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

• **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

La présente notice d'information vous précise les garanties et les prestations auxquelles vous pouvez prétendre à savoir :

Un régime de base **obligatoire** pour vous-même :

- base 1 conventionnel aussi intitulée régime conventionnel, ou
- base 2 (option 1) aussi intitulée (régime conventionnel + B2), ou
- base 3 (option 2) aussi intitulée (régime conventionnel + B3),

selon le choix de votre employeur.

- Un régime de base facultatif, de même niveau que votre régime de base obligatoire, auquel vous pouvez souscrire pour vos ayants droit,

- Un ou plusieurs régimes optionnels **facultatifs**, si vous souhaitez compléter, pour vous-même et le cas échéant vos ayants droit, le remboursement des frais garantis par le régime de base obligatoire souscrit par votre employeur.

Base – Obligatoire souscrit par votre employeur	Option – Facultative que vous pouvez souscrire pour atteindre le niveau de garanties :
Base 1 conventionnel	Base 2 (option 1) Base 3 (option 2)
Base 2 (option 1)	Base 3 (option 2)
Base 3 (option 2)	Sans objet

Afin de bénéficier du régime optionnel, votre affiliation au régime de base conventionnel souscrit par votre employeur est indispensable.

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

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

Outre le remboursement des prestations Frais de santé, vous avez, lorsqu'il le propose, accès, en qualité de membre participant de l'Organisme assureur aux prestations d'actions sociales de l'Organisme assureur ainsi qu'à tous les services associés : centres d'optique, de santé dentaire, services pour personnes handicapées, etc...
En complément, vous pourrez bénéficier du Fonds social mis en place par l'avenant n°2015-01.

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

Nous mettons tout en œuvre pour vous assurer une protection sociale de qualité.

Pour tout renseignement, n'hésitez pas à contacter votre organisme assureur défini dans votre Bulletin ou Formulaire Individuel d'Affiliation.

I. Les bénéficiaires du régime frais de santé

A. Qui peut bénéficier des garanties Frais de santé du régime de base obligatoire ?

Les garanties « Frais de Santé » régime de base obligatoire (Base 1 conventionnel, Base 2 (option 1), Base 3 (option 2)) du Contrat collectif souscrit par votre employeur vous sont accordées, sans délai de carence, sous réserve de satisfaire aux conditions cumulatives suivantes :

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

Ainsi affilié, vous acquérez la qualité de « participant » (de l'Institution) ou de « membre participant » (de la Mutuelle) de l'organisme assureur dont relève votre entreprise. Pour une meilleure lecture, les salariés seront appelés « Membres participants » dans la suite du texte.

L'ensemble des salariés à compter du premier jour du contrat de travail dans l'entreprise présents à la date de prise d'effet du Contrat souscrit par votre employeur, ainsi que ceux embauchés postérieurement, sont affiliés, de manière obligatoire, sous réserve des cas de dispenses prévus par l'avenant n°2015-01 du 27 janvier 2015, qui reprend exactement l'ensemble des cas de dispense de l'article R. 242-1-6 du code de la Sécurité sociale.

Peuvent être bénéficiaires des mêmes garanties, c'est-à-dire du régime de base choisi par votre entreprise, à titre facultatif et sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, vos ayants droit définis à l'annexe II – A de la présente notice.

B. Les formalités d'affiliation

L'affiliation au Contrat collectif à adhésion obligatoire nécessite d'accomplir certaines formalités.

Vous devez compléter le Bulletin ou Formulaire Individuel d'Affiliation qui vous a été remis par votre employeur pour vous-même et le cas échéant, vos ayants droit, et vous devez l'adresser à l'organisme assureur, par l'intermédiaire de votre employeur, accompagné des pièces justificatives mentionnées dans ce bulletin.

Dès la remise de l'ensemble de ces documents, votre organisme assureur vous remettra une carte de **tiers payant valant affiliation** pour vous, et le cas échéant vos ayants droit, sur laquelle figurent les bénéficiaires inscrits.

Outre le Bulletin ou Formulaire Individuel d'Affiliation, pour bénéficier des prestations, vous devez également fournir, en fonction de votre situation de famille, les différentes pièces justifiant de la qualité d'ayant droit, une copie de votre Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) ainsi qu'un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

• Modification de votre situation administrative

Vous devez également signaler dans les plus brefs délais à votre organisme assureur toute modification relative à la gestion de votre dossier (changement d'adresse, de Caisse Primaire d'Assurance Maladie, de coordonnées bancaires, ...), à un changement de votre situation familiale ou de celle de vos ayants droit (mariage, naissance...).

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

II. Prise d'effet, suspension, maintien et terme des garanties

A. Prise d'effet de vos garanties

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

- soit à la date de prise d'effet du Contrat collectif « Frais de Santé » souscrit par votre employeur, si vous faites partie des effectifs sous contrat de travail ou d'apprentissage dans l'entreprise ;
 - soit à compter de votre date d'embauche si elle est postérieure à la date d'effet du Contrat sous réserve que vous ayez été déclaré à l'organisme assureur par votre employeur, par le biais d'un Bulletin Individuel d'Affiliation, dans les trois mois suivant votre date d'embauche
- Passé ce délai, les garanties ne prendront effet que le premier jour du mois qui suit la réception par l'organisme assureur de la déclaration d'adhésion par votre employeur ;**
- soit au jour duquel cesse votre droit à dispense lorsque vous n'en remplissez plus les conditions.

L'affiliation facultative de vos ayants droit s'effectue dans les conditions prévues à l'annexe II de la présente notice.

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

B. Cas de suspension du contrat de travail 1 / Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation

Les garanties sont suspendues de plein droit, si vous vous trouvez dans l'un des cas de suspension du contrat de travail, dès lors qu'il ne donne lieu à aucune 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, tels que :

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

et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation, telle que décrite ci-dessus.

Les garanties sont aussi suspendues si le maintien des garanties n'est pas prévu expressément par la réglementation ou la législation en vigueur.

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

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

Toutefois, si vous souhaitez continuer à bénéficier de la couverture frais de santé pendant ces périodes de suspension, pour vous-même et vos ayants droit, vous pouvez, à titre individuel et facultatif, demander le maintien des garanties, selon les modalités décrites en annexe I-A de la présente notice.

2/ Suspension du contrat de travail indemnisée :

En cas de suspension de votre contrat de travail donnant lieu à indemnisation [que ce soit sous la forme d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement à la charge de l'employeur), ou sous la forme d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier, ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers], le bénéfice des garanties définies à la présente notice est maintenu pendant toute la durée de suspension de votre contrat de travail et ce, dans les mêmes conditions que lorsque vous étiez en activité.

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.

La participation patronale et la part salariale afférentes aux cotisations continuent à être versées selon les mêmes modalités que pour les salariés en activité.

C. Maintien des garanties

Anciens salariés privés d'emploi et indemnisés par France Travail (portabilité)

En application de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, vous pouvez bénéficier à titre gratuit du maintien des garanties collectives définies à la présente notice d'information, sous réserve que vous satisfassiez aux conditions cumulatives suivantes :

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

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation de votre contrat de travail (terme du délai de préavis, effectué ou non), et se prolonge pendant une durée égale à la période d'indemnisation chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou

le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le dernier employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder **douze mois**.

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

Les modalités et les conditions dans lesquelles ce maintien est organisé, et notamment l'articulation avec le dispositif de maintien issu de l'article 4 de la « loi Evin » sont définies en Annexe I - C de la présente notice.

Maintien des garanties à titre individuel

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi « Evin »), peuvent bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien des garanties, 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,
- ✓ les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu,
- ✓ les anciens salariés privés d'emploi, tant qu'ils ne retrouvent pas une activité professionnelle, bénéficiaires d'un revenu de remplacement,
- ✓ les personnes garanties du chef du salarié décédé.

Les modalités proposées par votre organisme assureur pour le maintien des garanties sont exposées en Annexe I-B de la présente notice.

D. Terme des garanties

Les garanties cessent :

Dans tous les cas :

- en cas de défaut de paiement des cotisations, à l'issue de la procédure prévue à cet effet ;
- en cas de résiliation du contrat par votre entreprise, à la date de cette résiliation ;
- au jour de votre décès, sous réserve des dispositions de l'article 4 de la Loi Evin en ce qui concerne vos ayants droit.

Si vous êtes en maintien de garanties en cas de suspension indemnisée du contrat de travail :

- **à la date de la liquidation de votre pension de retraite de la Sécurité sociale, sauf si vous vous trouvez en situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur;**
- **à la date de cessation de votre contrat de travail (au terme du préavis effectué ou non), sous réserve des dispositions relatives au maintien des garanties dans le cadre de la portabilité;**

Si vous êtes en maintien de garantie Loi Evin à titre individuel :

- en cas de résiliation du contrat, l'entreprise et l'organisme assureur pourront convenir des modalités de transfert des personnes couvertes par le présent contrat.

Résiliation individuelle des garanties dont l'adhésion du Membre participant est facultative :

Vous pouvez mettre fin à votre 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).**

A l'expiration du délai d'adhésion minimal de 12 mois, vous disposez 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.

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

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

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

La résiliation de votre affiliation entraînera par conséquent celle de vos éventuels ayants droit.

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

III. Vos garanties et prestations

Les garanties « Frais de Santé » qui vous sont accordées, et le cas échéant à vos ayants droits, au titre du régime de base mis en place par votre employeur, sont celles définies dans le tableau de garanties figurant en annexe III. Les montants de prestations complètent pour les différents postes décrits et dans les limites énoncées, l'indemnisation effectuée par la Sécurité sociale.

Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale ou ne figurant pas dans la nomenclature de la Sécurité sociale ne donneront lieu à aucun remboursement au titre des garanties définies à la présente Notice, sauf dérogations expressément indiquées dans le tableau des garanties figurant ci-après (s'agissant en tout état de cause de spécialités ou actes à caractère thérapeutique, non liés au confort ou à l'esthétique).

A. 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.

Contrat responsable

Conformément à la réglementation, votre 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 thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré**,
- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R.160-16 I du Code de la sécurité sociale,
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée.
- l'intégralité du forfait patient urgences défini à l'article L.160-13, I du Code de la Sécurité sociale,
- L'examen de la vue réalisé par l'opticien lunetier en cas de renouvellement d'une ordonnance lorsqu'il est associé à la délivrance d'un équipement optique.

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

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

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

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

100% Santé

Conformément à la réglementation, votre contrat prend 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.

Couverture minimale

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

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, **sauf pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré**,
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée,
- à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie, les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale,
- un forfait minimum pour des équipements d'optique médicale (verres et monture) soumis au remboursement de l'assurance maladie, **dans la limite des frais exposés par l'assuré**. Les forfaits énoncés à l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale sont fonction de la correction de la vue et versés selon les périodes définies pour le renouvellement des dispositifs dans les conditions suivantes :

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

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

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

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

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

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 à 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

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

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

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

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

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 et + 4,00 dioptries ;

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

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à 0,25 dioptrie ;

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

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

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

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

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

Dispositions communes

Toutefois, votre 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 ».

► Quelles sont les limites au versement de vos prestations ?

Principe indemnitaire

Les prestations auxquelles les garanties santé donnent droit des prestations en espèces et à caractère indemnitaire. Ainsi les remboursements des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, vous pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

► Délais de paiement des prestations

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

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

B. Détail des prestations

1. Justificatifs

Les justificatifs qui seront adressés à l'organisme assureur devront être des documents originaux (dans leur version papier adressée par voie postale ou dans leur version électronique issue du site Ameli).

Le membre participant peut envoyer ses justificatifs par voie postale ou par voie électronique (uniquement pour les justificatifs de prestations).

En tout état de cause, l'organisme assureur pourra demander toute pièce utile au remboursement des prestations.

2. Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM / OPTAM-CO)

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

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

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

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

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

3. 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 présent contrat.

- Les séances d'accompagnement psychologique dans le cadre du dispositif « Mon Soutien Psy » sont prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire. Le présent contrat rembourse le ticket modérateur des séances effectuées dans le cadre de ce dispositif.

4. 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.

5. Description

5.1 – Soins Médicaux Courants

Consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes :

Pour un meilleur remboursement, nous invitons le bénéficiaire, à respecter le parcours de soins et à choisir un médecin adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM CO).

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.

Frais de Transport :

Il s'agit de tout transport remboursé par la Sécurité sociale (ambulance, véhicule sanitaire léger, taxi agréé).

5.2 – Pharmacie

Pas de remboursement de pharmacie prescrite mais non remboursée par la Sécurité sociale sauf disposition différente prévue au tableau des garanties.

5.3 – Hospitalisation

Il est nécessaire d'adresser à l'organisme assureur une facture détaillée et acquittée faisant apparaître la nature des actes et des prestations.

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).

Forfait Journalier

Cela concerne la prise en charge de l'intégralité du forfait journalier, mentionné à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale, facturé par les établissements hospitaliers de santé ainsi que les maisons de convalescence..

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 (tels que les maisons d'accueil spécialisées [MAS], EHPAD, ESAT, centres ou instituts pour enfance handicapée ou inadaptée [CMPP, IME, IMP, IMPRO, ITEP] etc...)

- ainsi que les établissements de long séjour (du « type maisons de retraite), ne donnant pas lieu à un forfait journalier.

Forfait Patient Urgences

Il s'agit 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.

Honoraires :

Quand un dépassement d'honoraires n'apparaît pas sur la facture hospitalière, il est nécessaire d'adresser à l'organisme assureur le reçu d'honoraires du praticien.

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.

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.

Chambre particulière :

La prestation s'entend

- pour la demande d'être hébergé en chambre individuelle à l'occasion d'une hospitalisation ;

- dans la limite des frais engagés par bénéficiaire.

5.4 – 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.

Cette période 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 la Mutuelle ou par l'Institution de prévoyance.

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 l'assurance maladie obligatoire ainsi que par les garanties complémentaires souscrites qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat, et dans la limite des frais facturés.

Lentilles

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

Chirurgie réfractive de l'œil

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

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

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

5.5 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 et 25 (haut) ainsi que 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44 et 45 (bas).

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

5.6 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.

Les évolutions suivantes sont entrées en vigueur le **1er janvier 2021.**

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. »

5.7 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 1er jour du 6ème 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.

Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'assuré, que du jour où les organismes assureurs gestionnaires 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 l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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

Territorialité

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

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

IV. Dispositions générales

► Subrogation

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

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.

► Organisme de contrôle

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) située au 4 place de Budapest CS92459 - 75436 Paris cedex 09.

► Déchéance

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

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

► Réclamation et litige / Médiation

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

En cas d'insatisfaction de la réponse, la réclamation peut être adressée au service Réclamations de l'organisme assureur dont les coordonnées figurent en Annexe 4 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 4 des présentes Conditions Générales), dans le délai d'un an après l'épuisement des voies de recours internes en vigueur au sein de l'organisme assureur, c'est-à-dire après avoir reçu

une réponse écrite négative du service Réclamations, ou deux mois après l'envoi d'une réclamation écrite, et ce sans préjudice du droit d'agir en justice. La saisine du médiateur suspend la prescription jusqu'à la fin de la médiation.

► Protection des données à caractère personnel

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), 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 du participant 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 dument mandaté par la FEHAP et les organisations syndicales signataires.

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

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

2. Sauf opposition écrite, les informations des membres participants peuvent être communiquées aux autres sociétés du groupe auquel appartient l'organisme assureur, 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.

► Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs

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

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

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

► Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

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

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

Annexe I - maintien des garanties

A - Salariés en suspension de contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation

Vos garanties peuvent être maintenues, à titre individuel, si votre contrat de travail est suspendu sans aucune indemnisation, dans les conditions définies au paragraphe II-B « Suspension des garanties » de la présente notice d'information.

Votre demande de maintien doit être effectuée par écrit auprès de l'organisme assureur, au plus tard dans le mois suivant la date de début de la suspension de votre contrat de travail.

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

1) Prise d'effet des garanties

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

2) Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse au plus tard :

- à la date de fin de la suspension de votre contrat de travail ;
- à l'issue de la procédure en cas de non-paiement des cotisations, telle que prévue au paragraphe 3) « Cotisations » ci-après ;
- à la date de résiliation de votre adhésion individuelle opérée 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, envoyée à l'organisme assureur ou gestionnaire au moins deux mois avant l'échéance annuelle, étant précisé que cette résiliation est définitive ;
- à l'expiration d'une durée minimale de 12 mois à compter du maintien, vous disposez en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que l'organisme assureur ou gestionnaire 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.
- à la date de liquidation de votre pension retraite de la Sécurité sociale, sauf si vous êtes dans le cadre du cumul emploi retraite prévu par la législation en vigueur ;
- à la date de rupture de votre contrat de travail (correspondant au terme du contrat de travail, préavis effectué ou non) ;
- à la date de la résiliation du Contrat souscrit par votre employeur ;
- et, en tout état de cause, à la date de votre décès.

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

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

- une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique ;
- une lettre simple ou tout autre support durable ;
- une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;
- un acte extrajudiciaire ;

- par voie électronique : à cet effet, la demande de résiliation du contrat peut être formulée directement sur le site internet de l'organisme assureur retenu ;
- 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 de l'adhérent.

La résiliation par le Membre participant de son affiliation entraînera par conséquent celle de ses éventuels ayants droit. Seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date des soins figurant sur les décomptes de Sécurité sociale est antérieure à la date d'effet de la cessation des garanties, pourront être pris en charge.

3) Cotisations

Modalités de paiement des cotisations

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

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.

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

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 - Retraités, anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité, d'invalidité ou d'un revenu de remplacement et ayants droit d'un membre participant décédé

En vertu des dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi « Evin »), vos garanties peuvent être maintenues, sans condition de durée, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit des populations énoncées au paragraphe II - C « Maintien des garanties - En cas de rupture du contrat de travail - Maintien des garanties à titre individuel » de la présente notice, à savoir :

- ✓ 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 rupture 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, dans les **six mois** suivant le terme du maintien de leur garantie au titre de la portabilité ;
- ✓ les anciens salariés privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les **six mois** suivant la rupture de leur contrat de travail, ou le cas échéant, suivant la date à laquelle prend fin le bénéfice du maintien des garanties tel que prévu à l'article L 911-8 du Code de la sécurité sociale ;
- ✓ les personnes garanties du chef du membre participant décédé, pendant **une durée minimale de douze mois** à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès du membre participant.

Une proposition de maintien des garanties est adressée par l'organisme assureur ou gestionnaire 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 membre participant (à condition que l'entreprise ait informé l'organisme assureur en temps utile).

1) Prise d'effet des garanties – Renonciation

La demande de maintien doit être adressée à l'organisme assureur dans les six mois suivant la rupture de votre contrat de travail ou suivant votre décès, pour vos ayants droit.

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

Les garanties prennent effet :

- si vous êtes un ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité, d'invalidité ou d'un revenu de remplacement (allocation chômage) : au plus tôt, le lendemain de votre radiation du régime des actifs et au plus tard, le lendemain de votre demande ;
- si vous êtes un retraité ayant été affilié au régime en tant qu'actif : au plus tôt, le lendemain de votre radiation du régime des actifs et au plus tard, le lendemain de votre demande ;
- pour votre (vos) ayant(s) droit : au plus tôt, le lendemain de votre décès et au plus tard, le lendemain de la demande.

Vous pouvez renoncer au bénéfice de cette affiliation facultative pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé que l'affiliation a pris effet. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures (minuit). S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le délai n'est pas prolongé.

Vous pouvez demander la renonciation, par l'un des moyens exposés au point 2) du B de de la présente annexe.

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

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

« Je soussigné(e) (nom, prénom), demeurant (adresse complète) déclare renoncer à l'affiliation au contrat collectif à adhésion facultative (frais de santé) n°....., ayant pris effet le, conformément aux dispositions au D de l'Annexe II de la Notice « Faculté de renonciation ».

2) Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse au plus tard :

- à l'issue de la procédure en cas de non-paiement des cotisations, telle que prévue au paragraphe 3) « Cotisations » ci-après ;
- à la date de résiliation de votre adhésion individuelle opérée 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, envoyés à l'organisme assureur ou gestionnaire au moins deux mois avant l'échéance annuelle, étant précisé que cette résiliation est définitive ;
- à l'expiration d'une durée minimale de 12 mois à compter du maintien, vous disposez en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que l'organisme assureur ou gestionnaire 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 ;
- ✓ par voie électronique : à cet effet, la demande de résiliation du contrat peut être formulée directement sur le site internet de l'organisme assureur retenu ; ;
- ✓ 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 de l'adhérent.

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

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

3) Cotisations

Modalités de paiement des cotisations

Vos cotisations sont appelées sur la même structure (salarié, conjoint enfant) que celle appliquée pour les salariés en activité, étant précisé **qu'elles sont entièrement à votre charge**.

Les cotisations sont payables mensuellement d'avance, par prélèvement automatique sur votre compte bancaire par l'organisme assureur ou, si ce dernier le prévoit, par virement.

Afin de préserver l'équilibre du contrat, la cotisation peut évoluer, pour l'ensemble des bénéficiaires de ce contrat d'accueil « Loi Evin » de la CCN 51, en fonction des comptes de résultats, ainsi qu'à la suite de nouvelles dispositions réglementaires ou législatives faisant évoluer notamment, les prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie, ou les impôts, taxes et contributions de toute nature.

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 du groupe assuré.

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

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.

4) Définition des garanties et prestations

Les garanties et prestations sont maintenues sur un niveau au plus identique à celui en vigueur lorsque le salarié était en activité (Base Obligatoire + option).

L'ancien salarié peut choisir de souscrire un niveau de garanties inférieur à celui auquel il cotisait en activité.

C – Salariés privés d'emploi et indemnisés par France travail

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 à la présente notice, 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.

Ce dispositif bénéficie également aux ayants droit affiliés à titre facultatif.

2) Obligations des parties

a) Obligations des anciens salariés

L'ancien salarié doit 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. Ces conditions étant nécessaires au maintien gratuit des garanties.

b) Obligations de l'entreprise souscriptrice

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

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

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

a) Prise d'effet du maintien

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation de votre contrat de travail.

b) Durée du maintien

L'ancien salarié bénéficie de ce maintien pendant une durée égale à celle de son dernier contrat de travail ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le dernier employeur, appréciée 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 l'ancien salarié n'apporte plus la preuve de bénéficiaire de cette indemnisation;**
- **à la date d'effet de la résiliation du contrat collectif souscrit par votre ancien employeur ;**
- **en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation de son contrat de travail;**
- **au jour du décès de l'ancien salarié.**

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

4) Définition des garanties et prestations

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur pour les salariés en activité.

5) Modifications contractuelles

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

6) 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 du 31 décembre 1989 dite loi EVIN, 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'annexe I-B de la présente notice, 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.

Annexe II – Régimes optionnels facultatifs.

Extension pour les salariés et affiliation des ayants droit

En tant que salarié affilié au régime de base obligatoire de l'entreprise, vous pouvez opter librement pour un niveau supérieur de couverture en adhérant à l'un des régimes optionnels à adhésion **facultative**, et le cas échéant choisir d'affilier vos ayants droit, définis ci-après, **pour le même niveau de garanties**, sous réserve d'en formuler la demande lors de votre affiliation au régime de base à adhésion obligatoire.

Vous pouvez opter pour un niveau supérieur de couverture en adhérant à titre individuel à l'une des options sur-complémentaires suivantes :

Base – Obligatoire souscrit par votre employeur	Option – Facultative que vous pouvez souscrire pour atteindre le niveau de garanties :
Base 1 conventionnel	Base 2 (option 1) Base 3 (option 2)
Base 2 (option 1)	Base 3 (option 2)
Base 3 (option 2)	Sans objet

Votre adhésion est formalisée par un Bulletin ou Formulaire Individuel d'Affiliation dûment complété et signé par vous-même, le bulletin devant être remis à l'organisme assureur par l'intermédiaire de votre employeur ou directement adressé à l'organisme assureur le cas échéant.

A – Ayant droit

Sont considérées comme étant vos ayants droit les personnes suivantes :

► votre **conjoint**, non séparé de corps judiciairement (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil) à la date de l'événement donnant lieu à prestation.

Est assimilé à votre conjoint :

- votre **concubin**,
Est considéré comme concubin, la personne vivant en couple avec l'assuré dans le cadre d'une union de fait, au sens de l'article 515-8 du Code Civil, sous réserve que le concubin et le salarié soient tous les deux libres de tout engagement (mariage ou PACS), qu'une période de vie commune d'une année puisse être attestée par le biais d'un justificatif (quittance de loyer, facture EDF, ...) et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée précitée n'est toutefois pas exigée lorsqu'un enfant est né de cette union ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle. L'organisme assureur peut, à tout moment, réclamer les justificatifs actualisés attestant de la vie commune de l'assuré ;
- votre **partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS)**.

Est considéré comme partenaire de PACS, quel que soit son sexe, la personne ayant conclu avec l'assuré un contrat ayant pour but d'organiser leur vie commune, tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code Civil. Les signataires d'un PACS sont désignés par le terme de partenaires.

Pour le conjoint travailleur non salarié, les remboursements sont effectués sur les mêmes bases que ceux dont bénéficient les assurés du Contrat.

► vos enfants à charge.

Sont considérés comme enfants à charge, vos enfants dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie ainsi que ceux de votre conjoint à la condition que votre conjoint ou vous-même ayez l'enfant en résidence ou s'il s'agit de vos enfants, que vous participiez effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent :

- être âgés de moins de 18 ans sans condition,
- ou, s'ils sont âgés 18 ans et plus et de moins de 26 ans :
 - poursuivent leurs études et peuvent en justifier,
 - sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à France Travail (pendant une période de 12 mois),
 - sont sous contrat de formation en alternance (contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation...),
 - lorsqu'ils se livrent à une activité rémunérée, et que celle-ci leur procure un revenu inférieur au revenu de solidarité active (RSA) mensuel versé aux personnes sans activité.

Vos enfants, quel que soit leur âge, qui sont infirmes ou atteints d'une maladie chronique et titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » prévue à l'article L241-3 du Code de l'Action sociale et des familles.

Le nouveau-né ou l'enfant adopté est garanti dès le jour de la naissance ou de l'adoption, sous réserve que la demande soit adressée à l'organisme assureur dans les 30 jours qui suivent l'événement.

B – Prise d'effet des garanties

Si vous êtes présent à l'effectif de votre employeur à la date d'effet du Contrat, les garanties prennent effet dès lors que vous avez exprimé votre volonté d'adhérer au Contrat à **adhésion facultative**, après acceptation expresse de l'organisme assureur formalisée par l'émission d'un Certificat d'Adhésion, ou le cas échéant après avoir retourné le Bulletin Individuel d'Affiliation marquant son accord pour la prise d'effet des garanties et la date retenue.

En tout état de cause, elles prennent effet sous réserve du paiement de la cotisation « **Salarié isolé** » pour vous-même, et de la cotisation « **Conjoint / Enfant** » en fonction de votre situation de famille, pour vos ayants droit le cas échéant.

Pour les salariés embauchés postérieurement à cette date, les garanties prennent effet dès lors que celles prévues au régime de base conventionnel obligatoire débutent et qu'ils ont exprimé leur volonté d'adhérer au régime optionnel à adhésion facultative.

Par la suite, chaque salarié qui n'aurait pas choisi d'adhérer à la date d'effet du Contrat ou lors de son affiliation au régime de base obligatoire, conserve la possibilité d'adhérer au régime optionnel facultatif.

L'adhésion de vos ayants droit s'effectue :

- **à la même date que votre affiliation, si vous effectuez ce choix en même temps que votre affiliation ;**
- **Au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme assureur de votre demande d'affiliation, si celle-ci est faite à une date différente de la vôtre ;**
- **En cas de naissance ou d'adoption : au 1^{er} jour du mois de la naissance ou de l'adoption et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande ;**
- **En cas de nouveau bénéficiaire suite à mariage, concubinage ou signature d'un PACS : au 1^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande ;**
- **Autres bénéficiaires : Au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.**

C – Demande d'adhésion ou de changement de régime optionnel

Vous avez la possibilité de changer de formule de prestations au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve que vous en fassiez la demande au moins deux mois avant la fin de l'année civile, par tout support visé aux articles L 221-10-3 du Code de la Mutualité et L.932-12-2 du Code de la sécurité sociale.

Cette condition n'est pas requise en cas de changement de situation de famille (mariage, divorce, PACS, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint, concubin, partenaire pacsé...). Dans ce cas, le changement interviendra le premier jour du trimestre civil suivant la demande sous réserve qu'elle soit formulée dans les 30 jours suivant l'événement.

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

D – Faculté de renonciation

Vous pouvez renoncer à votre affiliation au régime optionnel pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé que l'affiliation a pris effet. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures (minuit). S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le délai n'est pas prolongé.

Vous pouvez demander la renonciation, par l'un des moyens exposés au G de l'Annexe II de la présente Notice.

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

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

« Je soussigné(e) (nom, prénom), demeurant (adresse complète) déclare renoncer à l'affiliation au contrat collectif à adhésion facultative (frais de santé) n°....., ayant pris effet le conformément aux dispositions au D de l'Annexe II de la Notice « Faculté de renonciation ».

E – 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.

Elles sont à votre charge exclusive.

La cotisation est fixée par **salarié isolé**.

Par ailleurs, si vous optez, de façon **facultative**, pour la couverture de vos ayants droit, une cotisation « **Conjoint / Enfant** » est retenue en sus de la cotisation « **Salarié** » :

- Cotisation « **Conjoint ou assimilé** » qui couvre de façon **facultative**, votre conjoint, ou à défaut votre partenaire de PACS ou concubin, tels que définis à la présente notice ;
- Cotisation « **Enfant** » qui couvre de façon facultative, votre (vos) enfant(s) à charge, tels que définis à la présente notice (pas de cotisation additionnelle à compter du 3^{ème} enfant à charge).

Paiement des cotisations

La cotisation est versée :

- soit par l'intermédiaire d'un précompte par votre employeur pour l'option sur-complémentaire que vous souscrivez pour vous-même,
- Soit par vous-même, pour les garanties que vous souscrivez pour vos ayants droit, et éventuellement pour vous-même si votre employeur n'effectue pas le précompte.

Paiement des cotisations par vous-même

Les cotisations afférentes à votre adhésion facultative et, le cas échéant, celle de vos ayants droit sont payables par vous-même, mensuellement d'avance, par prélèvement automatique sur votre compte bancaire par l'organisme assureur ou si ce dernier le prévoit, par virement.

Paiement des cotisations par l'intermédiaire de votre employeur

Dans le cas où votre employeur assure le précompte des cotisations de votre option surcomplémentaire, il est seul responsable de leur paiement en totalité et la cotisation est payable mensuellement ou trimestriellement à terme échu.

Elle est exigible le 10^{ème} jour suivant le début de chaque trimestre civil avec ajustement en fin d'année.

Défaut de paiement des cotisations

Versement des cotisations par vous-même

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.

Annexe III - tableaux des garanties

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, vous êtes informé qu'à l'expiration du délai précité, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner votre exclusion et celle de vos ayants droit des garanties définies au régime optionnel.

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.

Versement des cotisations par votre employeur

A défaut de versement des cotisations dans les dix jours suivant l'échéance l'organisme assureur adresse une lettre de mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception. Dans cette lettre de mise en demeure, l'organisme assureur informe l'employeur des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties.

En cas de non-versement 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.

Lors de la mise en demeure, vous êtes informé qu'à l'expiration du délai précité, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner votre exclusion des garanties définies au régime optionnel.

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.

F - Terme des garanties

Les garanties cessent pour le ou les ayants droit :

- à la date à laquelle ils perdent la qualité d'ayant droit,
- en cas de radiation d'un ayant droit (les autres restant affiliés) ou de tous les ayants droit par suite de résiliation de l'adhésion facultative, demandée par le participant, à l'échéance annuelle du 31 décembre, sous réserve d'en faire la demande au plus tard le 31 octobre qui précède par courrier recommandé ou par envoi recommandé électronique.

G - Résiliation de l'adhésion

Vous pouvez demander à résilier votre adhésion 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).

A l'expiration du délai d'adhésion minimal de 12 mois, vous disposez 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.

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

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

- une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique ;
- une lettre simple ou tout autre support durable ;
- une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;
- un acte extrajudiciaire ;
- par voie électronique ;
- lorsque l'organisme assureur propose 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 de l'adhérent.

La résiliation de votre affiliation entraînera par conséquent celle de vos éventuels ayants droit.

Cependant, en cas de changement de situation de famille, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion au régime optionnel, pour les mêmes motifs que ceux vous permettant d'adhérer en cours d'année.

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

La résiliation prendra alors effet rétroactivement à la date de l'événement.

La résiliation vaut tant pour vous-même que pour vos ayants droit.

En cas de nouvelle affiliation, l'acceptation de l'organisme assureur est matérialisée par l'émission d'un nouveau certificat d'adhésion qui vous sera adressé.

Résiliation en raison de la modification de vos droits et obligations

Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations votre employeur est tenu de vous en informer en vous remettant une notice d'information établie à cet effet par l'organisme assureur.

Vous pouvez ainsi, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer votre adhésion en raison de ces modifications.

Remboursements

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

Hospitalisation médicale et chirurgicale

Honoraires Chirurgie - hospitalisation (y compris maternité)

	Base 1	Base 2	Base 3
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

(*) : 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.

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

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

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

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

	Base 1	Base 2	Base 3
Optique			
Classe A : équipements⁽⁶⁾ entrant dans le panier 100% santé	Classe A	Classe B	Classe A
Classe B : équipements⁽⁶⁾ hors panier 100% santé	Classe A	Classe B	Classe A
Monture Verres	100% PLV	Grille optique base 1	100% PLV
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	Grille optique base 2	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.

Lexique
BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale
PLV : Prix limite de vente
HLF : Honoraires Limités 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)

Annexe IV - coordonnées des organismes assureurs

		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 €

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

Attestation de réception de la notice d'information

À signer et à remettre à votre employeur

Je soussigné(e)

Reconnais avoir reçu **la notice d'information** relative au régime frais de santé mis en place dans le cadre de la Convention Collective des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951, souscrit par mon employeur auprès de l'organisme assureur :

A :

le :

Signature du salarié :



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

Ce document doit être conservé par l'employeur sans limitation de durée.

