

CONTRAT COLLECTIF FRAIS DE SANTÉ

ACCORD INTERBRANCHE DU 2 OCTOBRE 2019

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES
INADAPTÉES ET HANDICAPÉES
DU 15 MARS 1966 À LAQUELLE EST RATTACHÉE LA CCN
DES MÉDECINS SPÉCIALISTES QUALIFIÉS DU 1^{er} MARS 1979
ET
LES ACCORDS COLLECTIFS DES CENTRES D'HÉBERGEMENT
ET DE RÉINSERTION SOCIALE



CONDITIONS GÉNÉRALES

ÉDITION 2023

RÉGIME OBLIGATOIRE



AG2R LA MONDIALE



» PRÉAMBULE

Par l'accord interbranche du 2 octobre 2019 de la CCNT des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées à laquelle est rattachée la CCN des médecins spécialistes qualifiés du 1^{er} mars 1979 et les accords collectifs de centres d'hébergement et de réinsertion sociale, les partenaires sociaux ont instauré un nouveau régime mutualisé de remboursement complémentaire des dépenses de santé.

Ce régime est institué au profit du personnel visé (défini aux Conditions Particulières), inscrit aux effectifs des entreprises relevant du champ d'application dudit accord interbranche.

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

Le niveau de garantie souscrit par l'entreprise est défini aux Conditions Particulières.

Les présentes Conditions Générales associées aux Conditions Particulières obligatoirement jointes, organisent la mise en œuvre de ce Contrat dénommé « Contrat ».

» TABLE DES MATIÈRES

TITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES	4	Article 20. Protection des données	12
CHAPITRE I - OBJET, DATE D'EFFET, DURÉE ET RECONDUCTION DU CONTRAT	4	Article 21. Lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs et de prévention de la corruption	13
Article 1. Objet	4	Article 22. Réclamation et litige/médiation	13
Article 2. Date d'effet, durée et reconduction	5		
CHAPITRE II - BÉNÉFICIAIRES	5	TITRE II. DÉFINITIONS DES GARANTIES ET PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ	14
CHAPITRE III - OUVERTURE, SUSPENSION, MAINTIEN ET CESSATION DES GARANTIES	5	CHAPITRE VIII - ÉTENDUE DES GARANTIES	14
Article 3. Ouverture et suspension	5	Article 22. Nature des garanties et prestations	14
Article 4. Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail	6	Article 23. Dispositif « contrat responsable »	14
Article 5. Cessation des garanties	8	Article 24. Territorialité	16
CHAPITRE IV - OBLIGATIONS DES PARTIES	8	CHAPITRE IX - MODALITÉS DE CALCUL DES PRESTATIONS	16
Article 6. Obligations des membres participants	8	Article 25. Montants retenus	16
Article 7. Obligations de l'entreprise	8	Article 26. Disposition pour les départements du bas Rhin, du haut Rhin et de la Moselle	17
CHAPITRE V - COTISATIONS	9	Article 27. Principe indemnitaire	17
Article 8. Assiette des cotisations	9	CHAPITRE X - MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS	17
Article 9. Structures de cotisations	9	Article 28. Formalités de règlement des prestations	17
Article 10. Paiement des cotisations	9	Article 29 : Exclusion du membre honoraire ou participant	17
Article 11. Défaut de paiement des cotisations	9	Article 30. Accompagnement social	18
Article 12. Révision des cotisations	9		
Article 13. Régularisation	10	ANNEXE I : MAINTIEN DES GARANTIES	19
CHAPITRE VI - SAUVEGARDE, RÉSILIATION ET CONTRÔLE	10	A - En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation	19
Article 14. Sauvegarde du contrat	10	B - Salariés privés d'emploi et indemnisés par pôle emploi (portabilité)	19
Article 15. Résiliation	10	ANNEXE II : TABLEAU DES GARANTIES	21
Article 16. Organisme de contrôle des assurances	11	ANNEXE III : COORDONNÉES DES ORGANISMES ASSUREURS	26
CHAPITRE VII - AUTRES DISPOSITIONS	11		
Article 17. Prescription	11		
Article 18. Fausse déclaration intentionnelle	11		
Article 19. Subrogation	12		

» TITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES

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

» ARTICLE 1. OBJET

L'opération collective à adhésion obligatoire est conclue entre :

▀ d'une part, l'entreprise dont l'activité relève de **l'accord interbranche du 2 octobre 2019 de la CCNT des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées à laquelle est rattachée la CCN des médecins spécialistes qualifiés du 1^{er} mars 1979 et les accords collectifs de centres d'hébergement et de réinsertion sociale**, indiquée aux Conditions Particulières et ci-après dénommée « **Entreprise** »

▀ et d'autre part, l'un des « **Organismes assureurs** », recommandés par les partenaires sociaux de l'accord l'interbranche professionnelle, suivants :

- **soit AESIO Mutuelle :**

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

- **soit AG2R Prévoyance,**

Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R - Siège social : 14-16, Boulevard Malesherbes, 75008 PARIS - SIREN n° 333 232 270.

- **soit Intégrance,**

Mutuelle du Groupe APICIL, soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 340 359 900 - Siège social : 89, rue Damrémont - 75882 PARIS Cedex 18. La gestion est assurée par APICIL Mutuelle, Mutuelle du Groupe APICIL- Siège social : 38, rue François Peissel - 69300 CALUIRE-ET-CUIRE.

- **soit Mutuelle Ociane Matmut,**

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

- **soit le groupement de co-assurance mutualiste HARMONIE MUTUELLE / MGEN :**

- HARMONIE MUTUELLE,

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473, n° LEI : 969500JLU5ZH89G4TD57.

Siège social : 143, rue Blomet - 75015 PARIS.

- MUTUELLE GÉNÉRALE DE L'ÉDUCATION NATIONALE (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 2 organismes sont co-assureurs entre eux dans le cadre du dispositif et le Groupe VYV assure la coordination du dispositif et l'interlocution commerciale. Les organismes assureurs organisent au sein de la convention de coassurance, les conditions dans lesquelles sont respectées les dispositions législatives en vigueur sur le droit des assurés.

Le Groupe VYV, union mutualiste de groupe soumise aux dispositions du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 532 661 832- Siège social : 33, avenue du Maine - BP - 75755 Paris Cedex 15, enregistrée à l'ORIAS sous le n° 18001564 en tant que mandataire d'assurance des mutuelles assureurs **Harmonie Mutuelle et MGEN**.

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

Les présentes Conditions générales associées aux Conditions générales relatives aux adhésions facultatives ainsi que les Conditions particulières constituent l'ensemble contractuel qui met en œuvre le régime frais de santé de l'Accord Interbranche du 2 octobre 2019 de la CCNT des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées à laquelle est rattachée la CCN des médecins spécialistes qualifiés du 1^{er} mars 1979 et les accords collectifs de centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

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

Outre le remboursement des prestations médico-chirurgicales, les membres participants bénéficient du tiers payant tel que décrit dans les présentes Conditions Générales et de l'accès aux œuvres sociales et services éventuellement proposés par l'organisme assureur auxquels ils sont affiliés.

Les entreprises adhérentes au Contrat et relevant de l'accord interbranche du 2 octobre 2019, affilient leurs salariés en vue de garantir, lors de la réalisation des risques, le versement des prestations garanties, selon les modalités définies ci-après.

» TITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES suite

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

Seuls les comptes du périmètre global de la mutualisation sont communiqués aux entreprises selon le format défini par la Commission Nationale Paritaire Technique de Prévoyance

» ARTICLE 2. DATE D'EFFET, DURÉE ET RECONDUCTION

Le Contrat prend effet à la date fixée aux Conditions Particulières.

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

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

Disposition Spéciale

En cas de révision de l'accord interbranche, sous réserve de la parution au Journal Officiel de l'arrêté d'agrément de l'avenant de révision entraînant, une modification du présent Contrat, notamment des taux de cotisation, celle-ci sera proposée sans délai et formalisée par un additif aux présentes Conditions Générales.

CHAPITRE II BÉNÉFICIAIRES

Les bénéficiaires du présent Contrat sont les salariés visés ci-après.

Membre participant

Sont affiliés à titre obligatoire au Contrat les salariés visés aux Conditions Particulières titulaires d'un contrat de travail ou d'apprentissage et inscrits à l'effectif de l'entreprise à la date de prise d'effet du Contrat, ainsi que ceux embauchés postérieurement, sous réserve qu'ils soient affiliés au régime général, à la Mutualité Sociale Agricole ou au régime local Alsace Moselle de la Sécurité sociale.

Toutefois, les salariés peuvent être dispensés d'affiliation au Contrat, sous réserve des dispenses de droit instaurées par la législation et la réglementation en vigueur et selon les modalités prévues par le régime interbranche.

Dès lors que les conditions ayant justifié les dispenses d'affiliation cessent, ou en l'absence de justificatifs, les salariés concernés devront alors être obligatoirement affiliés au Contrat, selon les modalités légales ou conventionnelles en vigueur.

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

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

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

Chaque salarié dûment affilié acquiert la qualité de « membre participant » de l'organisme assureur auprès duquel le Contrat a été souscrit.

CHAPITRE III OUVERTURE, SUSPENSION, MAINTIEN ET CESSATION DES GARANTIES

» ARTICLE 3. OUVERTURE ET SUSPENSION

3.1. Conditions d'ouverture des garanties

Afin de mettre en œuvre les garanties définies au Contrat, l'entreprise doit adresser à l'organisme assureur ou gestionnaire les pièces suivantes :

» Lors de la souscription

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

» En cours d'exercice

- **un Bulletin Individuel d'Affiliation** dûment complété et signé par chaque nouveau salarié embauché ;
- **les Bulletins Individuels d'Affiliation modificatifs** (changements d'option) ;
- **un état mensuel nominatif des salariés** faisant partie des effectifs, et du personnel sorti des effectifs avec la date de départ et le motif associé ainsi que la liste des salariés éligibles au maintien des garanties.

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

Le cas échéant, l'affiliation peut être effectuée par extra-net si l'organisme assureur prévoit cette possibilité.

» TITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES suite

3.2. Modification des garanties par l'entreprise

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

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

3.3. Entrée en vigueur des garanties

Les garanties entrent en vigueur pour le membre participant :

- soit à la date de prise d'effet du Contrat, lorsqu'il est salarié de l'entreprise à cette date ;
- soit à compter de la date à laquelle il répond aux conditions définies au chapitre II des présentes Conditions Générales, lorsqu'il est embauché postérieurement à la date d'effet du Contrat, sous réserve d'avoir été déclaré auprès de l'organisme assureur ou gestionnaire dans les trois mois suivant la date d'embauche. Passé ce délai, les garanties ne prendront effet qu'à la date de réception par l'organisme assureur ou gestionnaire de la déclaration d'adhésion par l'entreprise.

3.4. Cas de suspensions du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail d'un membre participant donnant lieu à indemnisation [que ce soit sous la forme d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement versé par l'employeur), ou sous la forme d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières)] les garanties sont maintenues, pendant toute la durée de suspension de son contrat de travail.

Les garanties sont également maintenues au profit des membres participants dont le contrat de travail est suspendu pour l'une des causes suivantes :

- congé légal de maternité ou d'adoption,
- exercice du droit de grève,
- congé de solidarité familiale et de proche aidant,
- congé non rémunéré qui n'excède pas 1 mois continu.

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

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail et notamment en cas de suspension du contrat de travail du membre participant excédant 1 mois continu et ne donnant lieu ni à maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement, versé par l'employeur), ni à indemnisation complémentaire (indemnités journalières), les garanties du membre

participant sont suspendues de plein droit. Il en est ainsi notamment en cas de :

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

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

La suspension des garanties intervient à la date de la suspension du contrat de travail n'ouvrant droit ni à maintien total ou partiel de rémunération, ni à indemnisation complémentaire.

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

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

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

Maintien des garanties à titre facultatif

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

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

4.1. Maintien au titre de l'article 4 de la loi Evin

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

» TITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES suite

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

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

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

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

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

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

La cotisation applicable aux bénéficiaires visés à l'article 4 de la loi « Evin » est déterminée dans le respect de la réglementation et selon les modalités en vigueur de l'accord interbranche.

**(*) On entend par ayant droit du Membre participant :
■ son conjoint.**

Est assimilé au conjoint du membre participant :

■ **son concubin.**

Est considérée 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 qu'une période de vie commune d'une année puisse être attestée par le biais d'un justificatif (quittance de loyer, facture énergétique notamment) 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. L'organisme assureur ou gestionnaire peut, à tout moment, réclamer les justificatifs actualisés attestant de la vie commune du membre participant ;

■ **son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).** Est considérée 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 membres participants du Contrat.

■ **ses enfants**

Sont considérés comme ayants droit, les enfants du membre participant et ceux de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité, jusqu'à leur 18^e anniversaire sans conditions, ou leur 26^e anniversaire et, dans ce dernier cas, s'ils sont :

- demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi, dans la limite de 12 mois ;
- en poursuite d'étude, en contrats d'apprentissage ou de professionnalisation ;
- célibataires et rattachés fiscalement au foyer des parents.

Quel que soit leur âge, les enfants en situation de handicap 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 L. 241-3 du Code de l'Action sociale et des familles, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (Allocation d'Enfant Handicapé ou d'Adulte Handicapé).

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

En application de l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale, les anciens salariés bénéficient à titre gratuit du maintien des garanties collectives définies au Contrat, sous réserve qu'ils satisfassent aux conditions cumulatives suivantes :

■ le contrat de travail doit avoir pris fin : l'ensemble des motifs de rupture du contrat de travail sont concernés à l'exception du licenciement pour faute lourde ;

» TITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES suite

- ▀ l'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme assureur ou gestionnaire sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;
- ▀ les droits à prestations doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur, c'est-à-dire qu'ils bénéficient, à la date de cessation de leur contrat de travail, du régime de frais de santé prévu aux présentes Conditions Générales.

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié 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, seront opposables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires de la portabilité.

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

» ARTICLE 5. CESSATION DES GARANTIES

Sauf cas de maintien des garanties précisés ci-avant, les garanties du Contrat cessent :

- ▀ à la date de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale du membre participant, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur (sous réserve du bénéfice de l'article 4.1 des présentes Conditions Générales) ;
- ▀ à la date de cessation du contrat de travail du membre participant (au terme du préavis effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits telles que prévues à l'article 4.2 des présentes Conditions Générales ;
- ▀ à la date à laquelle le salarié visé ne remplit plus les conditions d'appartenance à la catégorie de personnel bénéficiaire ;
- ▀ au jour du décès du membre participant ;
- ▀ et en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation du contrat par l'entreprise ou par l'organisme assureur notamment en cas de non-paiement des cotisations, à l'issue de la procédure prévue à l'article 11 « Défaut de paiement des cotisations » des présentes Conditions Générales.

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

CHAPITRE IV OBLIGATIONS DES PARTIES

» ARTICLE 6. OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS

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

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

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

Toute modification intervenant dans la situation personnelle du membre participant doit être formulée par écrit, en complétant un Bulletin Individuel de Modification, à l'organisme assureur ou gestionnaire par le biais de l'entreprise (ou selon les modalités mises à disposition par l'organisme assureur).

» ARTICLE 7. OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE

Changement d'activité

Dans le cas où l'entreprise change d'activité, ne relève plus de l'accord Interbranche du 2 octobre 2019 de la CCNT des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées à laquelle est rattachée la CCN des médecins spécialistes qualifiés du 1^{er} mars 1979 et les accords collectifs de centres d'hébergement et de réinsertion sociale, elle devra le notifier à l'organisme assureur ou gestionnaire par lettre recommandée avec avis de réception au plus tard deux mois après ledit changement. Les organismes assureurs se réservent la possibilité de résilier le contrat selon les modalités prévues à l'article 15 « Résiliation » des présentes Conditions Générales.

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

- ▀ cessation d'activité : à compter de la décision définitive de cessation d'activité par l'organe compétent de l'entreprise ;

» TITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES suite

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

Information des membres participants

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

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

L'entreprise est tenue de remettre à chaque membre participant un exemplaire de la Notice d'information établie par l'organisme assureur. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, l'entreprise est également tenue de les en informer en leur remettant une Notice dûment actualisée (ou un additif) ainsi qu'un document explicatif sur les modifications apportées à leurs droits et obligations.

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

CHAPITRE V COTISATIONS

» ARTICLE 8. ASSIETTE DES COTISATIONS

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

» ARTICLE 9. STRUCTURES DE COTISATIONS

Elle est fixée par salarié, quelle que soit sa situation de famille. A ce titre, une structure de cotisation « salarié isolé » est retenue.

» ARTICLE 10. PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations correspondant à la couverture obligatoire du salarié sont payées par l'entreprise directement à l'organisme assureur ou gestionnaire à l'échéance

indiquée aux conditions particulières, au plus tard dans les dix jours qui suivent la date d'échéance. Le calcul de chaque versement est effectué à partir de l'effectif assuré au cours de la période au titre de laquelle les cotisations sont dues.

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

Remarque :

En cas d'affiliation ou de sortie des effectifs d'un membre participant, en cours de mois, celle-ci est prise en compte à la date d'affiliation ou de sortie des effectifs. La cotisation mensuelle sera due proportionnellement au nombre de jours réels de présence entre les entrées et les sorties ; la couverture des garanties suit cette même règle. Il est précisé que pour les salariés exerçant leur activité à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité.

» ARTICLE 11. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement des cotisations dans les dix jours suivant l'échéance, l'organisme assureur ou gestionnaire adresse au souscripteur une lettre de mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception.

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

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

» ARTICLE 12. RÉVISION DES COTISATIONS

Les taux de cotisation sont mentionnés aux Conditions Particulières sous réserve des dispositions de l'article 14.

Il est convenu entre les partenaires sociaux et les organismes assureurs recommandés de gérer les paramètres du régime afin qu'il reste à l'équilibre. Si des évolutions modifiant la portée de l'engagement des organismes assureurs sont apportées, notamment, en cas de modifications importantes des taux ou des bases de remboursement de la Sécurité Sociale, de décision de déremboursement substantiel ou de modification importante du système de santé ayant pour effet de modifier la nature du risque assuré et son évaluation par l'organisme assureur, elles seront formalisées par voie d'avenant à l'Accord Interbranche du 2 octobre 2019 de la CCNT des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées à laquelle est rattachée la CCN des méde-

» TITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES suite

cins spécialistes qualifiés du 1^{er} mars 1979 et les accords collectifs de centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

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

A défaut, l'organisme assureur se réserve le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant la modification.

Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions résultant desdits aménagements, les garanties resteront acquises sur la base du présent contrat.

» ARTICLE 13. RÉGULARISATION

Simultanément à la déclaration DSN de décembre ou lors de l'envoi du bordereau de cotisations de la dernière échéance annuelle, l'entreprise doit verser à l'organisme assureur ou gestionnaire le solde de la cotisation annuelle. Ce solde est égal à la différence entre la cotisation due au titre de l'exercice d'assurance et les montants déjà versés lors des précédents appels provisionnels. Les parties s'engagent à régulariser le compte dans un délai d'un mois à compter de la production du document d'ajustement.

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

A partir de l'état nominatif des salariés remis par l'entreprise avec chaque paiement, l'organisme gestionnaire établit un document d'ajustement des cotisations qu'elle adresse à l'entreprise. Les parties au présent contrat s'engagent à régulariser le montant des cotisations dues ou indues à compter de la production du nouvel appel de cotisation.

CHAPITRE VI SAUVEGARDE, RÉSILIATION ET CONTRÔLE

» ARTICLE 14. SAUVEGARDE DU CONTRAT

Les garanties et les cotisations définies aux présentes Conditions Générales ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur à la date de signature de l'Accord Interbranche du 2 octobre 2019 y compris le 100 % santé.

Conformément à l'article 12 « Révision des cotisations » des présentes Conditions Générales, dans l'hypothèse d'une modification de quelque nature que ce soit de la réglementation applicable au contrat, notamment au regard de la fiscalité applicable, du traitement social des

contributions employeur et plus généralement du droit de la Sécurité sociale, les engagements de l'organisme assureur ne pourront s'en trouver aggravés.

Elles seront formalisées par voie d'avenant à l'Accord Interbranche du 2 octobre 2019 et la prise en compte des modifications se fera sous réserve de l'agrément de l'avenant modificatif.

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

» ARTICLE 15. RÉSILIATION

Le Contrat peut être résilié :

- » à la demande de l'organisme assureur, tous les ans, par lettre recommandée, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois avant la date d'échéance (soit le 31 octobre pour une échéance au 31 décembre) ;
- » à la demande de l'entreprise, tous les ans, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois avant la date d'échéance (soit le 31 octobre pour une échéance au 31 décembre) ;
- » à la demande de l'entreprise, à l'expiration d'une durée minimale de 12 mois à compter de la date de prise d'effet du présent Contrat, l'entreprise disposant au-delà dans ce cas 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 par la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et ses textes d'application.

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

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

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

- » à tout moment à la demande de l'organisme assureur à l'issue de la procédure prévue en cas de défaut de paiement des cotisations définie à l'article 11 « Défaut de paiement des cotisations » des présentes Conditions Générales.

» TITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES suite

à la demande de l'organisme assureur, à l'issue du délai de préavis de deux mois, lorsque l'entreprise ne relève plus de l'accord Interbranche du 2 octobre 2019 de la CCNT des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées à laquelle est rattachée la CCN des médecins spécialistes qualifiés du 1^{er} mars 1979 et les accords collectifs de centres d'hébergement et de réinsertion sociale, en raison, notamment, de l'application d'une nouvelle convention collective (en tout état de cause, le contrat pourra être maintenu jusqu'à l'expiration du délai d'un an prévu à l'article L. 2261-14 du Code du travail).

La résiliation du présent Contrat entraîne la résiliation de la couverture collective à adhésion facultative souscrite par l'entreprise.

En cas de résiliation du présent Contrat, l'organisme assureur pourra proposer une couverture dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle.

Les conditions tarifaires appliquées seront celles du contrat proposé par l'organisme assureur.

» ARTICLE 16. ORGANISME DE CONTRÔLE DES ASSURANCES

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

CHAPITRE VII AUTRES DISPOSITIONS

» ARTICLE 17. PRESCRIPTION

Toute action dérivant des opérations mentionnées au présent contrat se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où les organismes assureurs ou gestionnaires en ont eu connaissance.
- en cas de réalisation du risque, le délai ne court 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 ou gestionnaires a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription 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 accusé de réception adressée par l'organisme assureur ou gestionnaire à l'entreprise ou au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'entreprise, le membre participant, à l'organisme assureur ou gestionnaire, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont visées par les articles 2240 à 2246 du Code civil, et sont notamment :

- une demande en justice, même en référé, ou portée devant une juridiction incompétente,
- un acte d'exécution forcée,
- la reconnaissance précise et non équivoque par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit.

La prescription est suspendue selon les articles 2234 et suivants du Code civil, et notamment à compter du jour où les parties à un litige conviennent de recourir au Médiateur ou, à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du Médiateur par l'une ou l'autre des parties. Le délai de prescription recommence à courir à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux ou soit le Médiateur, déclarent que la médiation est terminée.

» ARTICLE 18. FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

Les déclarations faites, tant par l'entreprise que par le membre participant, servent de base à la garantie. L'organisme assureur ou gestionnaire peut à tout moment, faire procéder à la vérification sur place de l'exactitude des documents produits par l'entreprise ou par le membre participant, tant à l'appui de son affiliation et du versement des cotisations, qu'à l'occasion de l'ouverture d'un droit à prestations, notamment par la consultation du registre du personnel et des écritures comptables.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, en cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant, la garantie qui lui est accordée est nulle, dès lors que cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'organisme assureur qui a le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

» ARTICLE 19. SUBROGATION

19.1. Subrogation dans le recours contre les tiers responsables

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

Le membre participant ou ses ayants droit atteints d'une blessure imputable à un tiers doit en informer l'organisme assureur lors de sa demande de prestation.

19.2. Subrogation dans le recours à l'égard des caisses de Sécurité sociale

L'organisme assureur est subrogé de plein droit dans les droits et actions du membre participant ou de ses ayants droit à l'égard des caisses d'assurance maladie obligatoire pour la part des prestations avancée par l'organisme assureur et couverte par lesdits régimes obligatoires.

» ARTICLE 20. PROTECTION DES DONNÉES

Comment et pourquoi sont utilisées les données à caractère personnel ?

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés ») et au Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), l'Entreprise reconnaît avoir été informée par l'organisme assureur ou gestionnaire, responsable du traitement des données à caractère personnel, que les données à caractère personnel du membre participant sont collectées et traitées par les organismes assureurs, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi nous utilisons :

- ▀ des données relatives à l'âge, à la situation familiale ou professionnelle, à la santé qui sont nécessaires pour l'étude des besoins et des profils afin de proposer des produits et des services adaptés, les données de santé ne sont collectées et traitées que pour les garanties santé et prévoyance ;
- ▀ les coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes de l'organisme assureur ou gestionnaire de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos adhérents au travers de :

- ▀ la réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;

- ▀ la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation à destination des bénéficiaires en fonction de l'analyse de la situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats ;
- ▀ l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

L'Entreprise reconnaît que la collecte et le traitement des données à caractère personnel du membre participant et de ses ayants droit sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de ce contrat.

Elles sont enfin traitées pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires de l'organisme assureur, notamment :

- ▀ la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- ▀ les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

L'organisme assureur ou gestionnaire peut être amené à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à des obligations de conseil, de déterminer les garanties et prestations applicables et de proposer des contrats et produits adaptés.

Les données collectées au moyen d'un formulaire papier ou en ligne et signalées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat ; l'organisme assureur ne sera pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal renseignées.

Dans le cadre de la gestion du contrat, l'organisme assureur ou gestionnaire est susceptible de recevoir des données à caractère personnel en provenance du souscripteur et des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Les données personnelles sont conservées pendant la durée du contrat et jusqu'à expiration des délais de prescription légale ou dans le respect des durées prévues par la CNIL. Cette durée de conservation est variable et dépend de la nature des données et de leur finalité de traitement.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec les bénéficiaires, aux membres de l'organisme assureur ou gestionnaire ou à ses sous-traitants qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, aux réassureurs du contrat.

» TITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES suite

Quels sont les droits et comment les exercer ?

Les bénéficiaires qui ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, disposent du droit de s'opposer au démarchage téléphonique en entrant leurs numéros de téléphones fixes et/ou portables sur la liste d'opposition gratuite accessible via le site www.bloctel.gouv.fr. Leur inscription, valable pour une durée de 3 ans, sera effective à compter d'un délai de 30 jours après la confirmation de leur inscription.

Les membres participants disposent d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'opposition concernant leurs données, ainsi qu'un droit à la limitation du traitement dans les cas prévus par la loi. Ils ont également la faculté de définir des directives relatives au sort de leurs données à caractère personnel après leur décès. Les membres participants disposent également du droit à ce que ces données soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées lorsqu'elles sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou que leur collecte, utilisation, communication ou conservation est interdite. Ils disposent en outre d'un droit d'effacement pour des motifs légitimes.

Le membre participant a toujours le droit de s'opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel le concernant à des fins de prospection commerciale.

Les bénéficiaires sont informés de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle ils peuvent s'inscrire : <https://conso.bloctel.fr/>.

Ces droits peuvent être exercés à tout moment en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité (cf. les coordonnées de contact en ANNEXE III du présent contrat). Lors de l'exercice de ces droits, la production d'un titre d'identité pourra être demandée.

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.

L'organisme assureur ou gestionnaire apporte la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si les bénéficiaires considèrent que le traitement des données les concernant constitue une atteinte à leurs droits, ils disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

» ARTICLE 21. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET FINANCEMENT DU TERRORISME, GEL DES AVOIRS ET DE PRÉVENTION DE LA CORRUPTION

L'organisme assureur doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption. La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener l'organisme assureur à solliciter auprès de l'entreprise et des membres participants la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (ressources ou l'origine des fonds déclarés). En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles l'organisme assureur est assujéti. La souscription et l'adhésion sont conditionnées aux résultats des vérifications conduites et pourront être refusées, dès lors que cela exposerait l'organisme assureur à une quelconque sanction.

» ARTICLE 22. RÉCLAMATION ET LITIGE/MÉDIATION

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées à l'interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre le membre participant et l'organisme assureur.

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

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.

Le médiateur peut être saisi uniquement après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à chaque organisme assureur ou gestionnaire, et en tout état de cause, deux mois après la première réclamation écrite, que le demandeur ait ou non reçu de réponse de la part de l'organisme assureur, étant précisé que certains litiges ne relèvent pas de sa compétence (ex : les résiliations de contrat, les augmentations de cotisation ou encore les procédures de recouvrement). Les coordonnées du médiateur sont précisées pour chaque organisme assureur à l'annexe III du présent contrat.

» TITRE II. DÉFINITIONS DES GARANTIES ET PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ

CHAPITRE VIII ÉTENDUE DES GARANTIES

» ARTICLE 22. NATURE DES GARANTIES ET PRESTATIONS

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

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

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

» ARTICLE 23. DISPOSITIF « CONTRAT RESPONSABLE »

Les prestations définies au Contrat s'inscrivent dans le cadre de la législation et de la réglementation sociale et fiscale relatives aux « contrats responsables », définis aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale et de la couverture minimale prévue aux articles L. 911-7 et D. 911-1 du Code de la sécurité sociale.

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

a. Les exclusions de prises en charge :

Le contrat ne prend pas en charge :

- ▀ la majoration de la participation du membre participant prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L. 1111-15 du code de la santé publique (non désignation d'un médecin traitant ou consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) ;
- ▀ les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le membre participant consulte sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- ▀ la participation forfaitaire obligatoire prévue au II de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale fixée à 1 euro par consultation, acte médical ou de biologie. Toutefois, lorsque pour un membre participant, plusieurs actes ou consultations sont effectués

par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile ;

- ▀ la franchise forfaitaire obligatoire prévue au III de l'article L. 160.13 du Code de la Sécurité sociale, applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D. 160.9 du Code de la Sécurité sociale.

Ainsi toute contribution forfaitaire, franchise, majoration de participation ou autre mesure dont la prise en charge serait exclue par l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application ne sera pas remboursée au titre du Contrat.

Pendant la période de garantie, les exclusions et les limites de garantie ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues par l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Au-delà des exclusions ci-dessus, l'organisme assureur ne prend pas en charge au titre du présent contrat :

- ▀ les traitements esthétiques ou de cosmétologie, les cures et traitements de rajeunissement et de détente, lorsqu'ils ne sont pas pris en charge par le régime obligatoire,
- ▀ les frais d'hébergement en établissement gériatrique ou de long séjour (y compris les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), les frais liés aux séjours en ateliers thérapeutiques, en centre de rééducation professionnelle et dans les instituts et centres médicaux à caractère éducatif, psycho pédagogique et professionnels (dont les maisons d'accueil spécialisées-Mas).
- ▀ tous les soins engagés antérieurement à la date d'affiliation d'un salarié ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie.

b. Les prises en charge obligatoires au titre du contrat responsable

La prise en charge du ticket modérateur :

La prise en charge du ticket modérateur est effectuée pour les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé notamment pour les soins de ville (sauf exception prévue par la réglementation), déduction faite des prises en charge opérées par les assurances complémentaires qui interviennent avant la garantie prévue au Contrat, y compris les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé, relatifs à la prévention.

La prise en charge de l'intégralité du Forfait Patient Urgences (FPU) défini à l'article L. 160-13, I du Code de la Sécurité sociale : Ledit forfait correspond à la participation de l'assuré aux frais occasionnés par un passage non

» TITRE II. DÉFINITIONS DES GARANTIES ET PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ suite

programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, autorisée, et est fixée à une somme forfaitaire due 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. Le montant de cette participation est défini par arrêté et il peut être réduit selon les modalités de l'article précité.

Le Forfait journalier

Sauf précision contraire dans le tableau des garanties souscrites, le contrat prend en charge l'intégralité du forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers de santé, sans limitation de durée, **sous réserve des exclusions suivantes :**

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

c. Encadrement de la prise en charge des dépassements d'honoraires

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d. Le remboursement des équipements optiques

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

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

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- ▀ **Les équipements optiques de classe A (« Reste à charge zéro »)** tels que définis dans la LPP, la prestation d'appariage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre de classe A sont sans reste à charge pour l'assuré après l'intervention combinée de l'Assurance maladie obligatoire et du contrat de complémentaire santé responsable. Ces équipements sont remboursés à hauteur des frais réels engagés dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100 % santé » ;
- ▀ **Les équipements optiques de classe B (« à tarifs libres »)** sont pris en charge à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur est effectué dans le respect des planchers et plafonds prévus à l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans les tableaux de prestations. Le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros (RSS inclus).

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 ».

e. Les remboursements dentaires

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 par le contrat responsable :

- ▀ **Un panier « 100 % santé »** (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur des frais réels engagés sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux chirurgiens-dentistes ;

» TITRE II. DÉFINITIONS DES GARANTIES ET PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ suite

- **Un panier aux tarifs maîtrisés / modérés** remboursé au minimum à hauteur du ticket modérateur et sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans les tableaux de prestations ;
- **Un panier aux tarifs libres** remboursés au minimum à hauteur du ticket modérateur dans la limite des garanties prévues dans les tableaux de prestations.

f. Le remboursement des aides auditives

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- **Les équipements auditifs de « classe I » sans reste à charge** tels que définis dans la LPP : sont remboursés au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur des frais réels engagés sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % santé ;
- **Les équipements auditifs de « classe II »** sont remboursés au minimum à hauteur du ticket modérateur et si le contrat le prévoit la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement tels que précisés par l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale. 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. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

g. Le bénéfice du tiers payant

Les personnes assurées au titre du présent contrat peuvent bénéficier du mécanisme du tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie souscrite, au moins à hauteur du Ticket Modérateur, pour autant que les professionnels appliquent le dispositif.

» ARTICLE 24. TERRITORIALITÉ

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

Les membres participants garantis exercent leur activité dans le champ d'application de l'Accord Interbranche du 2 octobre 2019 de la CCNT des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées à laquelle est rattachée la CCN des médecins spécialistes qualifiés du 1^{er} mars 1979 et les accords collectifs de centres d'hébergement et de réinsertion sociale : France métropolitaine et DROM, départements ou Régions français d'Outre-Mer.

CHAPITRE IX MODALITÉS DE CALCUL DES PRESTATIONS

» ARTICLE 25. MONTANTS RETENUS

Prestation exprimée en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale

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

Montants des frais réels retenus

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

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

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 présentes Conditions Générales.

Les soins et frais indemnisés au titre de l'assurance Maternité intervenant durant la période comprise entre le 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et 12^e jour après l'accouchement sont garantis par extension des risques médico-chirurgicaux.

Sont couverts à ce titre les frais médicaux, pharmaceutiques, d'appareillage, d'hospitalisation, l'ensemble des frais d'analyses et d'examens en laboratoire, les frais d'optique et les prothèses dentaires.

» TITRE II. DÉFINITIONS DES GARANTIES ET PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ suite

» ARTICLE 26. DISPOSITION POUR LES DÉPARTEMENTS DU BAS RHIN, DU HAUT RHIN ET DE LA MOSELLE

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

» ARTICLE 27. PRINCIPE INDEMNITAIRE

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

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

Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité Sociale, par tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et le présent Contrat.

CHAPITRE X MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

» ARTICLE 28. FORMALITÉS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont traitées :

- ▶ par échange NOEMIE (télétransmission), sauf opposition écrite du membre participant ;
- ▶ sur présentation du décompte établi par la Sécurité sociale.

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

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

le membre participant fournit un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

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

Les demandes de prestations doivent être produites dans un délai de six mois, lequel commence à courir à partir de la date du décompte de la Sécurité sociale, date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations. Si, à l'occasion d'une demande de remboursement, l'assuré fournit intentionnellement des documents faux ou dénaturés, il perd tout droit à remboursement.

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par l'organisme gestionnaire est celle indiquée sur le décompte de remboursement des régimes d'assurance obligatoire sur la facture lorsqu'il n'y a pas de prise en charge par un régime d'assurance maladie obligatoire.

Le niveau de remboursement de chaque prestation est déterminé par la garantie souscrite.

La date des soins telle que définie ci-dessus permet de calculer l'atteinte éventuelle du plafond d'une prestation par la prise en considération des prestations payées dans l'année.

Les remboursements sont effectués par virement en euros.

Lorsque les prestations santé sont versées au bénéficiaire en dehors des échanges informatisés entre l'organisme assureur ou gestionnaire et la caisse d'Assurance maladie du bénéficiaire (hors flux NOEMIE), ces prestations sont versées à réception des dossiers complets dans un délai moyen de cinq (5) jours ouvrés (hors délais postaux et sous réserve de la complétude des demandes).

Les remboursements convenus aux présentes garanties peuvent aussi être adressés directement aux professionnels de santé ou établissements hospitaliers, dans le cas où une procédure de tiers payant a été mis en œuvre par ces professionnels de santé et/ou ces établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais.

Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué aux membres participants ou aux destinataires désignés, ou selon les modalités proposées par l'organisme assureur (via l'extranet par exemple...).

» ARTICLE 29 : EXCLUSION DU MEMBRE HONORAIRE OU PARTICIPANT

Peuvent être exclus **les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de l'organisme assureur un préjudice dûment constaté et notamment en dissimulant ou falsifiant l'un des éléments indispensables aux**

» TITRE II. DÉFINITIONS DES GARANTIES ET PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ suite

conditions d'admission ou en utilisant leur carte de droit sans s'être acquittés de leurs obligations.

Le membre exclu définitivement ne peut en aucun cas être réintégré.

L'organisme assureur ou gestionnaire pourra procéder à la suspension immédiate des droits à prestations si cette mesure s'avère indispensable à la sauvegarde de ses intérêts avant le prononcé de l'exclusion et se réserve le droit de réclamer à l'intéressé exclu le remboursement des prestations indûment perçues.

» **ARTICLE 30. ACCOMPAGNEMENT SOCIAL**

L'adhésion au présent Contrat offre aux membres participants en cas de difficultés matérielles ou financières liées à la santé, la possibilité de solliciter par courrier circonstancié, le fonds social de l'organisme assureur. La décision d'acceptation ou de refus d'intervention est sans appel.

Mis en place par l'accord interbranche du 2 octobre 2019 en son article 3.5, et en complément de l'éventuelle intervention du fonds social, les membres participants pourront bénéficier d'un Fonds de Solidarité créé à cet effet.

Outre la garantie de frais de santé, les stipulations de l'Accord interbranche prévoient la mise en œuvre d'actions relevant d'un Haut degré de solidarité (HDS), dans le respect des dispositions du décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014.

A ce titre peuvent être prévues des mesures ou actions dans les modalités prévues par ledit Accord.

Compte tenu de la nature de ces actions de solidarité, leur octroi est subordonné aux décisions des partenaires sociaux de la Commission Paritaire Permanente de Négociation et d'Interprétation (CPPNI), et ce dans la limite des fonds alloués à leur financement.

Lors de la mise en œuvre des présentes Conditions Générales, le financement est fixé à 2 % de la cotisation globale applicable au salarié isolé, versée par l'entreprise pour le financement du niveau de garantie correspondant à la base obligatoire.

Une fois les décisions prises par la CPPNI, celles-ci seront communiquées aux entreprises adhérentes.

» ANNEXE I : MAINTIEN DES GARANTIES

MAINTIEN DES GARANTIES

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

Le maintien des garanties du régime des actifs est proposé, à titre facultatif, aux membres participants en suspension de contrat de travail, conformément à l'article 3.4 des Conditions Générales.

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

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

1. Prise d'effet des garanties

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

Les garanties et prestations sont identiques à celles des actifs et figurent en ANNEXE II aux présentes Conditions Générales.

2. Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de fin de la suspension du contrat de travail du membre participant,
- à l'issue de la procédure en cas de non-paiement des cotisations, telle que prévue au paragraphe 4 ci-après,
- à la date de dénonciation de la couverture individuelle facultative par le Membre participant, formulée à l'organisme assureur par écrit sur support papier ou tout support durable, adressée à l'organisme assureur au moins deux mois avant la date de l'échéance du 31 décembre, étant précisé que cette résiliation est définitive,
- à la date de prise d'effet de la résiliation individuelle mise en œuvre dans les conditions suivantes : à l'expiration d'une durée minimale de 12 mois à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion individuelle facultative, le Membre participant dispose d'un droit de résiliation à tout moment, prenant effet un mois après que l'organisme assureur en ait reçu notification, et dont les modalités et restrictions sont définies par la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et ses textes d'application, étant précisé que cette résiliation est définitive,

- à la date de liquidation de la pension de retraite de la Sécurité sociale, sauf situation de cumul emploi retraite prévue par la législation en vigueur,
- à la date d'effet de la résiliation du présent Contrat,
- à la date de cessation du contrat de travail (correspondant au terme du préavis effectué ou non),
- et, en tout état de cause, au jour du décès du membre participant, sous réserve des dispositions de l'article 4.1.

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

3. Cotisations

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

Les cotisations sont payables par le membre participant, mensuellement, au terme prévu dans le document formalisant l'acceptation expresse de l'adhésion par l'organisme assureur. Le paiement est effectué par prélèvement sur son compte bancaire par l'organisme assureur ou gestionnaire.

4. Défaut de paiement des cotisations

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

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai précité, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au Contrat collectif.

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

» B - SALARIÉS PRIVÉS D'EMPLOI ET INDEMNISÉS PAR PÔLE EMPLOI (PORTABILITÉ)

Conformément aux dispositions de l'article L. 911.8 du Code de la Sécurité sociale, les anciens salariés bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties des actifs,

dans les conditions ci-après décrites, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.

1. Définition des bénéficiaires du dispositif

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

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

2. Obligations des parties

A. Obligations des anciens salariés

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

B. Obligations de l'entreprise

L'entreprise doit remplir les obligations suivantes :

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

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

A. Prise d'effet du maintien

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

B. Durée du maintien

L'ancien salarié bénéficie de ce maintien pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée de son dernier contrat de travail ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le dernier employeur (durée appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur).

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

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

C. Cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse :

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

4. Définition des garanties et prestations

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

5. Modifications contractuelles

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

6. Modalités de financement

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

7. Articulation entre les modalités de l'article I911-8 du code de la Sécurité sociale et celles de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi « Evin »)

Les anciens salariés visés à l'article 4 de la loi n° 89-1009 précité qui sont privés d'emploi et bénéficiaires d'un revenu de remplacement, peuvent bénéficier du maintien de leur garanties dans les conditions prévues à l'annexe I-B des présentes conditions générales. Dans ce cas, ils pourront ensuite accéder au régime d'accueil, 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 L. 911-8 du code de la Sécurité sociale.

ANNEXE II : TABLEAU DES GARANTIES

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale (ainsi que celles versées par le régime complémentaire de BASE s'agissant des formules « base + option 1 » et « base + option 2 »), dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

GARANTIES	BASE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
HOSPITALISATION - Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Frais de séjour	200% BR	200% BR	200% BR
Honoraires :			
• Signataires DPTM : Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes d'obstétrique (ACO) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	220% BR	220% BR	300% BR
• Non signataires DPTM : Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes d'obstétrique (ACO) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	200% BR	200% BR	200% BR
Transport remboursé Ss	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait Patient Urgences (FPU)	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière par jour :	100% FR	100% FR	100% FR
• Conventionnée jour / nuit (avec nuitée)	limité à 2% PMSS	limité à 2% PMSS	limité à 3% PMSS
• Conventionnée de jour (sans nuitée)	limité à 1% du PMSS	limité à 1% du PMSS	limité à 1,5% du PMSS
Personne accompagnante :	100% FR	100% FR	100% FR
Conventionné	limité à 1,5% PMSS / jour	limité à 1,5% PMSS / jour	limité à 3% PMSS / jour
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux remboursés Ss :			
Consultation - visites : Généralistes signataires ou non d'un DPTM	100% BR	100% BR	100% BR
Consultation - visites : Spécialistes signataires d'un DPTM	220% BR	220% BR	220% BR
Consultation - visites : Spécialistes non signataires d'un DPTM	200%BR	200%BR	200% BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) signataires d'un DPTM	170% BR	170% BR	170% BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) non signataires d'un DPTM	150% BR	150% BR	150% BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) signataires d'un DPTM	150%BR	150%BR	170%BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) non signataires d'un DPTM	130%BR	130%BR	150% BR

GARANTIES	BASE		BASE + OPTION 1		BASE + OPTION 2	
SOINS COURANTS suite						
Honoraires médicaux non remboursés Ss :						
Médecine douce (****) (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien, psychologue)	25€/séance dans la limite de 3 séances par an/bénéficiaire		25€/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire		25€/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire	
Médicaments Remboursés Ss	100% BR		100% BR		100% BR	
Pharmacie (hors médicaments) Remboursée Ss	100% BR		100% BR		100% BR	
Analyses et examens de labo- ratoire Analyses et examens de biologie médicale remboursés Ss	100% BR		100% BR		100% BR	
Honoraires paramédicaux						
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Ss)	100% BR		100% BR		100% BR	
Psychologues (actes remboursés Ss)	100% BR		100% BR		100% BR	
Matériel médical Orthopédie et autres prothèses ou appareillages remboursés Ss (hors dentaires, auditifs et d'optique)	200% BR		200% BR		200% BR	
Transport remboursé Ss	100% BR		100% BR		100% BR	
Forfait actes lourds	100% FR		100% FR		100% FR	
AIDES AUDITIVES						
Aides auditives remboursées Ss , dans la limite d'un appareil par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'appareil précédent (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment)	Equipements 100 % santé (**)	Equipements Libres (***)	Equipements 100 % santé (**)	Equipements Libres (***)	Equipements 100 % santé (**)	Equipements Libres (***)
	100% FR dans la limite des PLV	20% PMSS par oreille (au minimum 100% BR)	100% FR dans la limite des PLV	20% PMSS par oreille (au minimum 100% BR)	100% FR dans la limite des PLV	1 700 € par oreille
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Ss (*)	100% BR		100% BR		100% BR	
<p>(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018. (**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement. (***) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans tous les cas dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation en vigueur du « contrat responsable » (soit 1700 € RSS inclus au 01.01.2021). (****) La mutuelle ou l'institution de prévoyance intervient pour les consultations non remboursées par la Sécurité sociale et réalisées par un praticien autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région.</p>						

GARANTIES	BASE			BASE + OPTION 1			BASE + OPTION 2			
DENTAIRE										
Soins Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR			100% BR			100% BR			
Soins prothétiques et prothèses dentaires remboursées par la Ss :	Panier 100% santé	Panier maîtrisé (*)	Panier libre	Panier 100% santé	Paniers maîtrisés (*) et libres	Panier 100% santé	Paniers maîtrisés (*) et libres			
Dents du sourire (**) (incisives, canines, prémolaires)		250%BR	Dans la limite de 900 € (hors RSS) par an et par bénéficiaire (au-delà, garantie à 125% BR)	125%BR	100% FR (dans la limite des HLF)	325% BR	Dans la limite de 1050€ (hors RSS) par an et par bénéficiaire (au-delà, garantie à 125% BR)	100% FR (dans la limite des HLF)	450% BR	Dans la limite de 1450 € (hors RSS) par an et par bénéficiaire (au-delà, garantie à 125% BR)
Dents de fond de bouche	100%FR (dans la limite des HLF)	220%BR				250% BR			350% BR	
Inlays-core		150%BR				200% BR			200% BR	
Inlays/onlays	néant	100%BR	100%BR	néant	100% BR	néant	100% BR	néant	100% BR	
Orthodontie remboursée Ss	300%BR			300%BR			350% BR			
Orthodontie non remboursée Ss	250% BRR			250% BRR			250% BRR			
Prothèses dentaires non remboursées Ss	7% PMSS / an			7% PMSS / an			10% PMSS / an			
Implantologie	20% PMSS / an			22% PMSS / an			25% PMSS / an			
(*) dans la limite des HLF. (**) Dents du sourire : ce sont les Incisives – Canines – Prémolaires. Ces dents correspondent aux numéros de dent : 11,12,13,14,15,21,22,23,24,25,31,32,33,34,35,41,42,43,44,45.										
OPTIQUE										
Equipements (1 monture / 2 verres)	Equipements 100 % santé (*)	Equipements Libres (**)	Equipements 100 % santé (*)	Equipements Libres (**)	Equipements 100 % santé (*)	Equipements Libres (**)	Equipements 100 % santé (*)	Equipements Libres (**)		
Verres et monture (***)	100% FR dans la limite des PLV	Voir Grille Base	100% FR dans la limite des PLV	Voir Grille Base + Option 1	100% FR dans la limite des PLV	Voir Grille Base + Option 2	100% FR dans la limite des PLV	Voir Grille Base + Option 2		
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique :										
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux) (*)	100% FR dans la limite des PLV			100% FR dans la limite des PLV			100% FR dans la limite des PLV			
Supplément pour verres avec filtres de classe A (*)	100% FR dans la limite des PLV			100% FR dans la limite des PLV			100% FR dans la limite des PLV			
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV			100 % BR dans la limite des PLV			100 % BR 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 A	100 % BR dans la limite des PLV			100 % BR dans la limite des PLV			100 % BR dans la limite des PLV			

GARANTIES	BASE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
OPTIQUE suite			
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 dans la limite des PLV	10 € par adaptation (minimum 100 % BR) dans la limite des PLV	10 € par adaptation (minimum 100 % BR) dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antipétosis / verres iséconiques)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres dispositifs médicaux d'optique :			
Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)	3% PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)	3% PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)	6,5% PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)
Chirurgie réfractive	22% PMSS par année civile, par bénéficiaire	22% PMSS par année civile, par bénéficiaire	25% PMSS par année civile, par bénéficiaire
<p>(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. (**) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. (***) Conditions de renouvellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après. Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement. Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique. <p>Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.</p> <ul style="list-style-type: none"> Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance. <p>Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.</p> <p>Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.</p> <ul style="list-style-type: none"> La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant : <ul style="list-style-type: none"> Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés. Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance. 			
ACTES DE PREVENTION			
Actes de prévention définis par la réglementation	100% BR	100% BR	100% BR
ACTES DIVERS			
Cures thermales acceptées par la Ss	100% BR	100% BR	100% BR

ABRÉVIATIONS :

Ss : Sécurité sociale

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

BRR : Base de remboursement reconstituée

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

€ : Euro

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

GRILLE OPTIQUE (Sécurité sociale incluse)	BASE		BASE + OPTION 1		BASE + OPTION 2	
UNIFOCAUX (montant par verre)	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
sphère de 0 à -/+2	100% FR dans la limite des PLV	35,00 €	100% FR dans la limite des PLV	75,00 €	100% FR dans la limite des PLV	90,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		40,00 €		75,00 €		90,00 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		50,00 €		90,00 €		100,00 €
sphère < -8 ou > +8		100,00 €		125,00 €		130,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% FR dans la limite des PLV	40,00 €	100% FR dans la limite des PLV	85,00 €	100% FR dans la limite des PLV	100,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		45,00 €		85,00 €		100,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		55,00 €		95,00 €		110,00 €
cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S		105,00 €		110,00 €		120,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% FR dans la limite des PLV	55,00 €	100% FR dans la limite des PLV	135,00 €	100% FR dans la limite des PLV	140,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		60,00 €		135,00 €		140,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		70,00 €		140,00 €		150,00 €
cylindre > +4 sphère < -8		120,00 €		150,00 €		160,00 €

MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS (montant par verre)	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
sphère de 0 à -/+2	100% FR dans la limite des PLV	75,00 €	100% FR dans la limite des PLV	160,00 €	100% FR dans la limite des PLV	180,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		80,00 €		160,00 €		180,00 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		90,00 €		175,00 €		200,00 €
sphère < -8 ou > +8		130,00 €		175,00 €		200,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% FR dans la limite des PLV	90,00 €	100% FR dans la limite des PLV	180,00 €	100% FR dans la limite des PLV	210,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		95,00 €		180,00 €		210,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		105,00 €		190,00 €		220,00 €
cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S		145,00 €		200,00 €		230,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% FR dans la limite des PLV	115,00 €	100% FR dans la limite des PLV	180,00 €	100% FR dans la limite des PLV	210,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		120,00 €		180,00 €		210,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		130,00 €		190,00 €		220,00 €
cylindre > +4 sphère < -8		170,00 €		200,00 €		230,00 €

MONTURES ET AUTRES LPP	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
Verre neutre (montant par verre)	100% FR dans la limite des PLV	35,00 €	100% FR dans la limite des PLV	75,00 €	100% FR dans la limite des PLV	90,00 €
Monture (dont supplément pour monture de lunettes à coque, Enfant de moins de 6 ans)		100,00 €		100,00 €		100,00 €

Sphère = SPH / cylindre = CYL (+) / S = SPH + CYL

» ANNEXE III : COORDONNÉES DES ORGANISMES ASSUREURS

Organismes Assureurs	Mentions légales	Réclamation	Médiation	Protection des données personnelles (demande d'exercice de droits)
AÉSIO mutuelle	Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391. Siège social : 4 rue du Général Foy 75008 Paris	<p>▀ Par courrier à : AÉSIO mutuelle Service Réclamations TSA 11390 53106 Mayenne Cedex</p> <p>▀ Ou directement sur le formulaire de contact accessible de l'espace adhérents ou sur le site internet de la Mutuelle : https://www.aesio.fr/</p>	<p>▀ Par courrier à : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF 255 rue de Vaugirard 75719 Paris cedex 15</p> <p>▀ Ou via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : https://saisine.mediateur-mutualite.fr</p>	<p>▀ Par courrier à : AÉSIO mutuelle Délégué à la Protection des Données 4 rue du Général Foy 75008 Paris</p> <p>▀ Ou par mail à : aesio.dpo@aesio.fr</p>
Intégrance Groupe Apicil	Mutuelle du Groupe APICIL, soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 340 359 900, Siège social : 89 rue Darnémont 75882 Paris Cedex 18. La gestion est assurée par API-CIL Mutuelle, Mutuelle du Groupe APICIL, Siège social : 38 rue François Peissel 69300 Caluire-et-Cuire	<p>▀ Par courrier à : Intégrance Groupe APICIL Direction Services Clients – Equipe Réclamation 38 rue François Peissel 69300 Caluire-et-Cuire</p>	<p>▀ Par courrier à : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF 255 rue de Vaugirard 75719 Paris cedex 15</p> <p>▀ Ou par mail à : mediation@mutualite.fr</p>	<p>▀ Par courrier à : Alntégrance – DPO Service Réclamations 89 rue Darnémont 75882 Paris Cedex 18.</p> <p>▀ Ou par mail à : dpo@integrance.fr</p>
AG2R Prévoyance	AG2R Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R, 14-16 boulevard Malesherbes 75008 Paris SIREN n° 333 232 270	<p>▀ Par courrier au point d'entrée unique courrier pour la prévoyance/santé à : AG2R LA MONDIALE TSA 37001 59071 ROUBAIX CEDEX</p> <p>▀ Ou en joignant un conseiller par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : 09 72 67 22 22</p>	<p>▀ Par courrier au Médiateur de la Protection sociale : 10 rue Cambacérés 75008 Paris</p> <p>▀ Ou par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/</p>	<p>▀ Par courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE à l'attention du délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex</p>

Organismes Assureurs	Mentions légales	Réclamation	Médiation	Protection des données personnelles (demande d'exercice de droits)
Mutuelle Ociene 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	<p>▀ Par courrier à : Service « Réclamations » du Groupe Matmut 66 rue de Sotteville 76030 Rouen Cedex 1</p>	<p>▀ Par courrier à : La Médiation de l'Assurance TSA 50110 75441 Paris Cedex 09</p>	<p>▀ Par courrier à : Matmut 66 rue de Sotteville 76100 Rouen</p> <p>▀ Ou par mail à : dpd@matmut.fr</p>
Harmonie Mutuelle Groupe VYV	HARMONIE MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473 – Siège social : 143 rue Blomet, 75015 PARIS, numéro LEI : 969500JLU5ZH89G4TD57	<p>▀ Par courrier à l'adresse figurant sur la carte mutualiste</p> <p>▀ Ou sur le site internet : https://www.harmonie-mutuelle.fr</p> <p>▀ Sur l'espace Harmonie & Moi</p>	<p>▀ Par courrier à son adresse postale : Médiateur de la consommation auprès de la Mutuelle Harmonie Mutuelle CNPM Médiation Consommation 27 Avenue de la Libération 42400 Saint-Chamond</p> <p>▀ Ou sur le site du médiateur à : http://cnpm-mediation-consommation.eu</p>	<p>▀ Par courrier à : Service DPO 29 quai François Mitterrand 44273 Nantes Cedex 2</p> <p>▀ Ou par mail à : dpo@harmonie-mutuelle.fr</p>
MGEN Groupe VYV	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 numéro LEI : 9695002XFDDIA8FN1325	<p>▀ Par courrier postal à : MGEN Entreprises Service réclamations TSA 11644 75901 Paris Cedex 15</p>	<p>▀ Par courrier à : CNPM Médiation Consommation 27, avenue de la libération 42 400 Saint-Chamond</p> <p>▀ Ou sur le site internet à : http://cnpm-mediation-consommation.eu</p>	<p>▀ Par courrier à : MGEN Gestion CNIL 7 square Max Hymans 75015 Paris</p> <p>▀ Ou par mail à : dpo@mgensolutions.fr</p>

AG2R Prévoyance

Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale,
membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R, 14-16, Boulevard Malesherbes - 75008 PARIS

AESIO mutuelle

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

Intégrance

Mutuelle du Groupe APICIL, soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité,
89, rue Dammrémont - 75882 PARIS Cedex 18.
La gestion est assurée par APICIL Mutuelle, Mutuelle du Groupe APICIL, Siège social : 38, rue François
Peissel - 69300 CALUIRE-ET-CUIRE.

Mutuelle Ociane Matmut

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité,
35, rue Claude Bonnier - 33054 BORDEAUX Cedex.

Le groupement de co-assurance mutualiste Harmonie Mutuelle / MGEN :

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

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 969500JLU5ZH89G4TD - 57
Siège social : 143 rue Blomet - 75015 PARIS



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS collectif

