



Régime facultatif

Accord interbranche du 2 octobre 2019

CCNT 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

Accords collectifs des Centres d'Hébergement
et de Réinsertion Sociale

Conditions générales

Édition 2020



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 des 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.

Au-delà du régime de base conventionnel obligatoire pour le personnel visé, ce dernier a la possibilité dans le cadre de l'opération collective à adhésion facultative souscrite par l'entreprise :

- de couvrir ses ayants droit tels que définis dans les présentes Conditions générales, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime de base conventionnel,
- de compléter le régime de base conventionnel (avec deux niveaux de régime optionnel au choix pour le salarié et le cas échéant ses ayants droit), dès lors que ces couvertures n'ont pas été souscrites à titre obligatoire par l'entreprise.

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

SOMMAIRE

TITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES	4
Chapitre I. Objet, date d'effet, durée et reconduction du contrat	4
Chapitre II. Bénéficiaires	5
Chapitre III. Affiliation et prise d'effet des garanties	6
Chapitre IV. Suspension, maintien et terme des garanties	7
Chapitre V. Obligations des parties	9
Chapitre VI. Cotisations	9
Chapitre VII. Sauvegarde, résiliation et contrôle	11
Chapitre VIII. Autres dispositions	11
TITRE II. DÉFINITION DES GARANTIES ET PRESTATIONS « FRAIS DE SANTÉ »	14
Chapitre IX. Étendue des garanties	14
Chapitre X. Modalités de calcul des prestations	16
Chapitre XI. Modalités de paiement des prestations	17
ANNEXE I. TABLEAU DES GARANTIES	18
ANNEXE II. COORDONNÉES DES ORGANISMES ASSUREURS	23

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

ARTICLE 1. Objet

L'opération collective à adhésion facultative 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 des 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 le groupement de co-assurance AESIO / MALAKOFF HUMANIS Prévoyance :**

- **MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE**, Institution de Prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale - Siren 775 691 181 - Siège social : 21, rue Laffitte - 75009 Paris.

- **Les mutuelles du Groupe AESIO** union mutualiste de groupe soumise aux dispositions du livre I du code de la mutualité - Siège social : 25, place de la Madeleine 75008 PARIS, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 821 965 241, enregistrée à l'ORIAS sous le n° 16006968 en tant que mandataire d'assurance des mutuelles assureurs **ADREA Mutuelle, APREVA Mutuelle et EOVI MCD Mutuelle**.

Ces organismes sont co-assureurs entre eux dans le cadre du dispositif et AESIO 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.

- **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 Malherbes, 75008 PARIS - SIREN n° 333 232 270.

- **soit Mutuelle 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 Peïssel - 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**.

Le présent Contrat est souscrit auprès de l'organisme assureur librement choisi par l'entreprise pour la souscription du Contrat relatif à l'opération collective à adhésion obligatoire.

L'organisme assureur ainsi retenu est l'interlocuteur unique de l'entreprise et des salariés ou des ayants droit des salariés, 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 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 des 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, ainsi que les prestations prévues au titre du Contrat souscrites dans le cadre

de l'opération collective à adhésion obligatoire et ce au profit des salariés qui ont librement choisi d'adhérer au présent contrat, et le cas échéant leurs ayants droit.

Outre le remboursement des prestations médico-chirurgicales, les salariés et le cas échéant leurs ayants droits dûment affiliés bénéficient du tiers payant y compris du Tiers Payant Généralisé 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.

En complément, les salariés et leurs ayants droit pourront bénéficier du Fonds de Solidarité mis en place par le régime interbranche.

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 suivant la date de sa souscription.

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 additif aux présentes Conditions Générales.

CHAPITRE II BÉNÉFICIAIRES

Les bénéficiaires du présent contrat sont les salariés et le cas échéant les ayants droit définis ci-après :

Membre participant

Pour l'application du présent Contrat, il faut entendre par Membres participants, les bénéficiaires du Contrat visés

dans le cadre de l'opération collective à adhésion obligatoire, à savoir les salariés visés **aux Conditions Particulières titulaires d'un contrat de travail ou d'apprentissage 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 et qu'ils formulent leur demande d'affiliation dans les conditions définies à l'article 3 des présentes Conditions Générales.

Chaque salarié dûment affilié acquiert la qualité de « Membre participant » de l'organisme assureur ou organisme gestionnaire partie aux Conditions Particulières ou au Bulletin Individuel d'Affiliation retourné, avec mention de l'accord de l'organisme assureur sur l'acceptation de l'affiliation, dont relève l'Entreprise dans laquelle il est salarié.

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

Ayants droit

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, 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 L241-3 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).

Les pièces justifiant de la qualité des ayants droit doivent être obligatoirement fournies lors de leur affiliation.

CHAPITRE III AFFILIATION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

ARTICLE 3. Modalités d'affiliation, prise d'effet, durée et renonciation

3.1. Modalités d'affiliation du salarié et prise d'effet

Le salarié exprime librement sa volonté d'être affilié au présent Contrat, et le cas échéant d'affilier ses ayants droit, pour le même niveau de garanties, sous réserve d'en formuler la demande lors de son affiliation au Contrat dans le cadre de l'opération collective à adhésion obligatoire.

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

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

Pour les salariés embauchés postérieurement à cette date, les garanties prennent effet dès lors que celles prévues au Contrat dans le cadre de l'opération collective à adhésion obligatoire débutent et qu'ils ont exprimé leur volonté d'être affiliés par une adhésion facultative.

Dans tous les cas, l'affiliation prend effet après acceptation expresse de l'organisme assureur formalisée par l'émission de Conditions Particulières, ou le cas échéant après avoir retourné le Bulletin Individuel d'Affiliation marquant son accord pour la prise d'effet des garanties et la date retenue. En tout état de cause, elles prennent effet sous réserve du paiement de la cotisation concernant les membres participants, et le cas échéant leurs ayants droit.

Par la suite, chaque salarié qui n'aurait pas choisi d'être affilié à la date d'effet du présent Contrat ou lors de son affiliation au Contrat dans le cadre de l'opération collective à adhésion obligatoire, conserve la possibilité d'adhérer au 1^{er} janvier de chaque exercice, sous réserve d'en formuler la demande par écrit, dans les conditions prévues au présent article, auprès de l'organisme assureur dont relève son employeur, au plus tard le 31 octobre de l'exercice en cours, pour une prise d'effet au 1^{er} janvier suivant.

Cependant, **en cas de changement de situation de famille ou de situation administrative**, le Membre participant a la possibilité de s'affilier au présent Contrat en cours d'année, lors de la survenance de l'un des événements suivants :

- ▶ Mariage, divorce, conclusion ou dissolution d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS), concubinage ou fin de concubinage,
- ▶ Naissance ou adoption d'un enfant, reconnaissance de paternité,
- ▶ Changement de situation professionnelle du conjoint, partenaire de PACS ou concubin entraînant l'adhésion,
- ▶ Décès d'un ayant droit.

La demande doit être adressée à l'organisme assureur **dans les deux mois suivant la survenance de l'événement**, accompagnée des pièces justificatives nécessaires. **L'affiliation prendra alors effet dès le premier jour du mois suivant la réception de la demande.**

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

3.2. Modalités d'affiliation des ayants droit et prise d'effet

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

En cas d'évènement conférant la qualité d'ayant droit au sens du Contrat, (mariage, pacs, naissance...), l'adjonction d'un nouvel ayant droit doit être formulée par le Membre participant par écrit à l'organisme assureur ou gestionnaire au plus tard avant la fin du deuxième mois qui suit la date de survenance de l'évènement.

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

Le membre participant peut demander la radiation d'un de ses ayants droit (lui-même et ses éventuels autres ayants droit restant garantis) à effet du 31 décembre de chaque année, en adressant sa demande à l'organisme assureur par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception au moins deux mois avant cette date.

3.3. Changement de régime optionnel

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

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

La condition de deux années n'est pas requise en cas de changement de situation de famille (mariage, divorce, PACS, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint, concubin, partenaire pacsé...).

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

3.4. Faculté de renonciation

Le Membre participant peut renoncer au bénéfice de son adhésion facultative, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec avis de réception pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'affiliation a pris effet.

La renonciation entraîne de plein droit la restitution par l'organisme assureur ou gestionnaire de l'intégralité des cotisations versées par le Membre Participant dans un délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée, sous déduction des éventuelles prestations versées.

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

3.5. Résiliation de l'affiliation

a) Résiliation à l'échéance annuelle

Le Membre participant peut demander à résilier son adhésion, en adressant à l'organisme assureur ou gestionnaire une demande de résiliation par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours conformément aux dispositions de l'article 15 des présentes Conditions Générales.

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

Changement de situation de famille

En cas de changement de situation de famille, le Membre participant a la possibilité de résilier son affiliation au présent Contrat, pour les mêmes motifs que ceux lui permettant de s'affilier en cours d'année. La demande du Membre participant doit être adressée à l'organisme assureur ou gestionnaire dans les deux mois suivant la survenance de l'événement, accompagnée des pièces justificatives nécessaires.

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

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

Toute demande de résiliation est considérée comme définitive.

Par exception à ce principe et sous réserve que le présent contrat soit toujours en vigueur, une nouvelle affiliation pourra être acceptée par l'assureur :

- ▶ en cas de changement de situation de famille ou de chômage du conjoint, du partenaire de PACS ou du concubin dûment justifié,
- ▶ dans tous les autres cas, à condition que la radiation à l'affiliation précédente soit effective depuis plus de deux ans.

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

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

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

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

CHAPITRE IV SUSPENSION, MAINTIEN ET TERME DES GARANTIES

ARTICLE 4. Suspension des garanties

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des garanties, dans les conditions prévues à l'article 12 « Défaut de paiement des cotisations » du présent Contrat.

ARTICLE 5. Maintien des garanties

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

La suspension des garanties prévues au Contrat dans le cadre de l'opération collective à adhésion obligatoire, entraîne la suspension des présentes garanties qui lui sont impérativement liées.

En cas de suspension du contrat de travail du membre participant donnant lieu à indemnisation et maintien des garanties dans les conditions énoncées au Contrat dans le cadre de l'opération collective à adhésion obligatoire, les garanties sont maintenues dans le cadre du présent Contrat, pendant toute la durée de suspension du contrat de travail, **sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.**

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 ni à une indemnisation complémentaire (indemnités journalières) dans les conditions énoncées au Contrat dans le cadre de l'opération collective à adhésion obligatoire, **les garanties du membre participant sont suspendues de plein droit, pour lui-même et ses ayants droit**, à la date de la suspension du contrat de travail et aucune cotisation n'est due au titre du membre participant concerné (pour lui-même et ses ayants droit).

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.

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

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 et, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation.

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

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

En application de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, les anciens salariés bénéficient à titre gratuit du maintien des garanties collectives définies aux présentes Conditions Générales (cf. ANNEXE I), sous réserve qu'ils satisfassent aux conditions cumulatives suivantes :

- ▶ le contrat de travail doit avoir pris fin : l'ensemble des motifs de rupture du contrat de travail sont concernés à **l'exception du licenciement pour faute lourde** ;
- ▶ l'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme assureur 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 ainsi qu'à leurs ayants droit, le cas échéant, dès lorsqu'ils étaient bénéficiaires de l'extension facultative prévue au présent Contrat, à la date de cessation du contrat de travail.

ARTICLE 6. Cessation des garanties

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

- ▶ en cas de non-paiement des cotisations, à l'issue de la procédure prévue à l'article 12 « Défaut de paiement des cotisations » des présentes Conditions Générales ;
- ▶ à la date de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale du membre participant, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur ;
- ▶ à la date à laquelle le salarié visé ne remplit plus les conditions d'appartenance à la catégorie de personnel bénéficiaire ;
- ▶ à la date de cessation du contrat de travail du membre participant (au terme du préavis effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits ;
- ▶ à la date de résiliation de l'affiliation par le Membre participant effectuée dans les conditions prévues à l'article 3.4 « Faculté de renonciation » et 3.5 « Résiliation de l'affiliation » des présentes Conditions Générales ;
- ▶ au jour du décès du Membre participant, sous réserve des dispositions de l'article 4 de la loi Evin, en ce qui concerne les ayants droit.

La résiliation de l'adhésion est considérée comme définitive ;

- ▶ à la date de résiliation du présent Contrat ;
- ▶ pour les ayants droit, à la même date que la résiliation du membre participant, et antérieurement, à la date à laquelle ils ne répondent plus à la qualité d'ayants droit.

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.

La cessation des garanties mises en œuvre au bénéfice du Membre participant entraîne à la même date, la cessation des garanties mises en œuvre au profit de ses ayants droit.

CHAPITRE V OBLIGATIONS DES PARTIES

ARTICLE 7. Obligations des membres participants

L'affiliation du membre participant ne pourra produire ses effets que dans la mesure où celui-ci remplit et signe un Bulletin Individuel d'Affiliation qui lui est remis, via l'entreprise, par l'organisme assureur ou gestionnaire. Sont indiqués sur ce document, les ayants droits déclarés par le Membre participant. Celui-ci adresse ce bulletin à l'organisme assureur ou gestionnaire dont relève son entreprise, soit lors de la prise d'effet du présent Contrat, soit lors de son entrée en fonction dans le cas d'une embauche postérieure à la date d'effet du Contrat, soit en cours d'année en cas de changement de situation familiale.

Dans ce cas, l'adjonction d'un nouvel ayant droit doit être formulée par le Membre participant par écrit à l'organisme assureur au plus tard avant la fin du deuxième mois qui suit la date de survenance de l'événement.

En outre, chaque membre participant est tenu, pour bénéficier des prestations définies au Contrat, de fournir à l'organisme assureur ou gestionnaire toute déclaration et justificatifs nécessaires, notamment son attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) et un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN. Le salarié donne son accord ou non à la transmission automatique de ses décomptes par la Sécurité sociale à l'organisme assureur retenu (procédure Noémie).

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

ARTICLE 8. Obligations de l'entreprise

Changement d'activité

Dans le cas où l'entreprise change d'activité, ne relève plus de 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 des centres d'hébergement et de réinsertion sociale, elle devra le notifier à l'organisme assureur 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.

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 établi à cet effet par les organismes assureurs et d'informer par écrit les membres participants des 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 VI COTISATIONS

ARTICLE 9. Assiette des cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de leur exigibilité.

Celles-ci augmenteront chaque année en fonction de l'évolution de ce plafond.

ARTICLE 10. Structures de cotisations

La cotisation est fixée par salarié isolé.

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

► Cotisation « Conjoint ou assimilé » qui couvre de façon facultative, le conjoint du Membre participant, ou à défaut son partenaire de PACS ou concubin, tels que définis au chapitre II « Bénéficiaires » des présentes Conditions Générales ;

► Cotisation « Enfant » qui couvre de façon facultative, le(s) enfant(s) à charge, tels que définis au chapitre II « Bénéficiaires » des présentes Conditions Générales (pas de cotisation additionnelle à compter du 3^e enfant à charge).

L'affiliation du Membre participant entraîne l'affiliation à la même date de l'ensemble de ses ayants droit déclarés, tels que définis au chapitre II « Bénéficiaires » des présentes conditions générales.

ARTICLE 11. Paiement des cotisations

Les garanties du Contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières.

Cette cotisation, en fonction du choix effectué par l'entreprise lors de la souscription du présent Contrat, est payable :

- ▶ soit par le membre participant,
- ▶ soit par le souscripteur pour l'ensemble de la catégorie assurée (précompte).

Remarque :

En cas d'affiliation ou de sortie des effectifs en cours de mois, la cotisation est prise en compte à la date d'affiliation ou de sortie des effectifs. Elle 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.

11.1 Paiement des cotisations par le membre participant

Les cotisations afférentes à l'adhésion facultative du membre participant et, le cas échéant, de ses ayants droit 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.

11.2 Paiement des cotisations par l'entreprise

Dans le cas où le Souscripteur assure le précompte des cotisations, il est seul responsable de leur paiement en totalité et la cotisation est payable à l'échéance indiquée aux conditions particulières.

Elle est exigible le 10^e jour suivant la date d'échéance avec ajustement en fin d'année s'il y a lieu.

ARTICLE 12. Défaut de paiement des cotisations

12.1 Paiement des cotisations par le membre participant

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 et celle de ses ayants droit des garanties définies au présent Contrat.

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.

12.2. Paiement des cotisations par l'entreprise

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

Dans cette lettre de mise en demeure, l'organisme assureur ou gestionnaire informe l'entreprise 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.

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 présent Contrat.

ARTICLE 13. Révision des cotisations

Il est convenu entre les parties de gérer les paramètres du régime afin qu'il reste à l'équilibre.

On entend par équilibre un ratio prestations dues au titre d'une année civile (prestations versées dans l'année, y compris les variations de provisions pour sinistre à payer) sur les cotisations perçues au titre de cette même année (nettes d'indemnités de gestion, de la TSA), inférieur ou égal à 1.

A cette fin, les taux de cotisation sont indexés au 1^{er} janvier de chaque année, sur le dernier indice de la Consommation Médicale Totale (CMT) connu.

Cette indexation ne dispense pas la Commission Nationale Paritaire Technique de Prévoyance (CNPTP) de l'Accord Interbranche, dans l'hypothèse où les comptes de résultats sont déficitaires, de renégocier les conditions de retour à l'équilibre du Contrat.

Lorsque le risque se trouve aggravé du fait d'une sinistralité importante enregistrée au cours de l'année civile écoulée ou à la suite de nouvelles dispositions réglementaires ou législatives faisant évoluer notamment, les prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie, ou les impôts, taxes et contributions de toute nature, les organismes assureurs peuvent proposer les mesures à prendre pour restaurer l'équilibre du Contrat, soit par la

mise en place d'un nouveau taux de cotisation, soit par le réaménagement des garanties, soit les deux.
Ces mesures seront formalisées par voie d'avenant au Contrat.

CHAPITRE VII SAUVEGARDE, RÉILIATION 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 au jour de la signature de l'Accord Interbranche du 2 octobre 2019 y compris le 100 % santé.

Conformément à l'article 13 « Révision des cotisations » des présentes Conditions Générales, dans l'hypothèse d'une modification de quelque nature que ce soit de la réglementation applicable au contrat, notamment au regard de la fiscalité applicable, du traitement social des contributions employeur et plus généralement du droit de la Sécurité sociale, les engagements de l'organisme assureur ne pourront s'en trouver aggravés.

Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions résultant desdits aménagements, les garanties resteront acquises sur la base des présentes Conditions Générales associées aux Conditions Particulières, sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et d'application immédiate.

ARTICLE 15. Résiliation

La résiliation du Contrat relatif à l'opération collective à adhésion obligatoire emporte par voie de conséquence la résiliation des couvertures facultatives à la même date d'effet, dans les conditions de forme et délais rappelées ci-après.

Le Contrat peut notamment être résilié à la demande de l'entreprise, à chaque échéance annuelle. Pour être recevable, la résiliation doit être notifiée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception au moins deux mois avant l'échéance annuelle, soit avant le 31 octobre précédant la date de renouvellement.

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

Cependant, 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 VIII AUTRES DISPOSITIONS

ARTICLE 17. Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au Contrat sont prescrites 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, du fait de l'assuré, qu'à partir du jour où l'organisme assureur ou gestionnaire en a eu connaissance ;
- ▶ en cas de réalisation du risque, qu'à partir du jour du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par l'assuré ou par l'organisme assureur ; demande en justice, même en référé ; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis 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 ou l'ayant droit à l'organisme assureur ou gestionnaire, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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 se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées, l'exactitude des documents produits tant au moment de la souscription, du versement des cotisations qu'au moment du versement des prestations, notamment par la consultation du registre du personnel et des écritures comptables.

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

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 ou des ayants droit 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.

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 ;

- 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

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'effacement, d'opposition concernant leurs données, ainsi qu'un droit à la limitation du traitement dans les cas prévus par la loi. Les membres participants disposent également du droit à ce que ces données soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées lorsqu'elles sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou que leur collecte, utilisation, communication ou conservation est interdite.

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 II du présent contrat).

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. Réclamation et litige/médiation

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées au centre de gestion dont dépend le membre participant.

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 II du présent contrat).

Le médiateur peut être saisi uniquement après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à chaque organisme assureur ou gestionnaire, 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).

II. DÉFINITIONS DES GARANTIES ET PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ

CHAPITRE IX 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).

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 L162-5-3 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 L162-5 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 contribu-

tions 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, les 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.

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 garanti au présent Contrat varie selon que le médecin a adhéré ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévus par la convention nationale médicale.

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

- ▶ 100 % du tarif opposable (*);
- ▶ et du montant pris en charge par le contrat pour les dépassements des médecins ayant adhéré 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 (secteur 1) par l'Assurance maladie obligatoire. L'OPTAM et l'OPTAMCO remplacent, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

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

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 plafonds 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

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 ;
- ▶ **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

Les dispositions suivantes entreront en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020.

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 R871-2 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.

Toutefois, jusqu'au 31.12.2020, un renouvellement anticipé de la prise en charge de l'aide auditive peut toutefois intervenir, sans préjudice de l'application des dispositions de l'article R 165-24 du code de la Sécurité sociale, si les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- ▶ période d'au moins deux ans écoulée suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment),
- ▶ renouvellement sollicité pour une aide auditive hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état du bénéficiaire.

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 de santé appliquent le dispositif.

ARTICLE 27. 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 des centres d'hébergement et de réinsertion sociale : France métropolitaine et DROM, départements ou Régions français d'Outre-Mer.

CHAPITRE X MODALITÉS DE CALCUL DES PRESTATIONS

ARTICLE 28. Montants retenus

Prestation exprimée en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale

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

Montants des frais réels retenus

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

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

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 (ou de la conjointe, concubine ou partenaire de PACS d'un membre participant, si celle-ci est ayant droit du Contrat), 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.

ARTICLE 29. 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 30. Calcul des prestations en secteur non conventionné

En cas d'intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par les régimes de base de Sécurité sociale pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné. À cet effet, l'organisme assureur pourra demander des justificatifs.

ARTICLE 31. Principe indemnitaire

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 XI MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 32. Formalités de règlement des prestations

Les prestations sont traitées :

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

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

Pour les actes ou frais non pris en charge par la Sécurité sociale, le membre participant devra adresser à l'organisme assureur ou à l'organisme gestionnaire de sa structure les originaux des 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 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 du régime 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.

ARTICLE 33 : 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 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.

ANNEXE 1

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 options 1 et 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 :			
<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> • 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 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
<ul style="list-style-type: none"> • Conventionnée jour / nuit (avec nuitée) 	limité à 2% PMSS	limité à 2% PMSS	limité à 3% PMSS
<ul style="list-style-type: none"> • 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
Conventionnée	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

GARANTIES	BASE		BASE + OPTION 1		BASE + OPTION 2	
SOINS COURANTS suite						
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	
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 laboratoire 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	
Matériel médical Orthopédie et autres prothèses ou appareils 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). (****) Toutefois, jusqu'au 31.12.2020, un renouvellement anticipé de la prise en charge de l'aide auditive peut toutefois intervenir, sans préjudice de l'application des dispositions de l'article R 165-24 du code de la Sécurité sociale, si les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites : - période d'au moins deux ans écoulée suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment), - renouvellement sollicité pour une aide auditive hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état du bénéficiaire. (*****) 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 conserva- teurs, 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)	100%FR (dans la limite des HLF)	250%BR	125%BR	100% FR (dans la limite des HLF)	325% BR	Dans la limite de 1 050€ (hors RSS) par an et par bénéfi- ciaire (au-delà, garantie à 125% BR)	100% FR (dans la limite des HLF)	450% BR	Dans la limite de 1 450 € (hors RSS) par an et par bénéfi- ciaire (au-delà, garantie à 125% BR)	
Dents de fond de bouche		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		
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 (**)		
Verres et monture (***)	100% FR dans la limite des PLV	Voir Grille Base		100% FR dans la limite des PLV	Voir Grille Option 1		100% FR dans la limite des PLV	Voir Grille Option 2		
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique :										
Prestation d'appariage 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 antiptosis / 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. <ul style="list-style-type: none"> 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. 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. Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance. Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale. Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique. La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant : <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

Grilles Optiques (Sécurité sociale incluse)	BASE		BASE + OPTION 1		BASE + OPTION 2	
	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
UNIFOCAUX (montant par verre)						
sphère de 0 à -/+2		35,00 €		75,00 €		90,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4	100% FR dans la limite des PLV	40,00 €	100% FR dans la limite des PLV	75,00 €	100% FR dans la limite des PLV	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		40,00 €		85,00 €		100,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4	100% FR dans la limite des PLV	45,00 €	100% FR dans la limite des PLV	85,00 €	100% FR dans la limite des PLV	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		55,00 €		135,00 €		140,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25	100% FR dans la limite des PLV	60,00 €	100% FR dans la limite des PLV	135,00 €	100% FR dans la limite des PLV	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)						
sphère de 0 à -/+2		75,00 €		160,00 €		180,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4	100% FR dans la limite des PLV	80,00 €	100% FR dans la limite des PLV	160,00 €	100% FR dans la limite des PLV	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		90,00 €		180,00 €		210,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4	100% FR dans la limite des PLV	95,00 €	100% FR dans la limite des PLV	180,00 €	100% FR dans la limite des PLV	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		115,00 €		180,00 €		210,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25	100% FR dans la limite des PLV	120,00 €	100% FR dans la limite des PLV	180,00 €	100% FR dans la limite des PLV	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						
Verre neutre (montant par verre)		35,00 €		75,00 €		90,00 €
Monture (dont supplément pour monture de lunettes à coque, Enfant de moins de 6 ans)	100% FR dans la limite des PLV	100,00 €	100% FR dans la limite des PLV	100,00 €	100% FR dans la limite des PLV	100,00 €

Sphère = SPH / cylindre = CYL (+) / S = SPH + CYL.
 PLV : Prix limite de vente fixés par décret.

ANNEXE 2

COORDONNÉES DES ORGANISMES ASSUREURS

ORGANISMES ASSUREURS	MENTIONS LÉGALES	RÉCLAMATION	MÉDIATION	PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (demande d'exercice de droits)
<p>Malakoff Humanis Prévoyance</p> <p><i>Groupe Malakoff Humanis</i></p>	<p>Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale. Numéro SIREN 775 691 181. Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris.</p>	<p>• par mail à : - Pour l'Employeur : https://mh-entreprises.mamutuellecomplementaire.fr/ - Pour le Salarié : https://mh.mamutuellecomplementaire.fr/</p>	<p>• par courrier à : Centre Technique des Institutions de Prévoyance 10 rue Cambacérés 75008 Paris • ou par voie électronique à : https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/</p>	<p>• par courrier à : Malakoff Humanis Pôle Informatique et Libertés 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9 • ou par mail à : dpo@malakoffhumanis.com</p>
<p>Adrèa Mutuelle</p> <p><i>Groupe AÉSIO</i></p>	<p>Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 311 799 878. Siège social : 25 Place de la Madeleine - 75008 Paris.</p>	<p>• par courrier à : ADREA MUTUELLE Service Réclamations 67 rue des Cras 25041 BESANCON Cedex • ou par mail à : reclamations@adreamutuelle.fr</p>	<p>• par courrier à : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF, 255 rue de Vaugirard 75719 PARIS cedex 15 • ou par mail à : mediation@mutualite.fr</p>	<p>• par courrier à : ADREA MUTUELLE Groupe Aesio, Délégué à la Protection des Données 25 Place de la Madeleine 75008 Paris • ou par mail à : adrea.dpo@adreamutuelle.fr</p>
<p>Apréva Mutuelle</p> <p><i>Groupe AÉSIO</i></p>	<p>Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 627 391. Siège social : 20 boulevard Denis Papin - BP 1173, 59012 Lille Cedex.</p>	<p>• par courrier à : APREVA MUTUELLE Service Réclamations 2 rue de l'Origan 62000 ARRAS • ou par mail à : reclamations@apreva.fr</p>	<p>• par courrier à : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF 255 rue de Vaugirard 75719 PARIS cedex 15 • ou par mail à : mediation@mutualite.fr</p>	<p>• par courrier à : APREVA MUTUELLE Groupe Aesio Délégué à la Protection des Données 25 Place de la Madeleine 75008 Paris • ou par mail à : apreva.dpo@apreva.fr</p>
<p>Eovi Mcd Mutuelle</p> <p><i>Groupe AÉSIO</i></p>	<p>Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 317 442 176. Siège social : 173 rue de Bercy, CS 31802, 75584 Paris Cedex 12.</p>	<p>• par courrier à : EOVI MCD MUTUELLE Service Réclamations TSA 31279 53102 MAYENNE Cedex • ou par mail à : service.reclamations@eovi-mcd.fr</p>	<p>• par courrier à : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF 255 rue de Vaugirard 75719 PARIS cedex 15 • ou par mail à : mediation@mutualite.fr</p>	<p>• par courrier à : EOVI MCD MUTUELLE Groupe Aesio Délégué à la Protection des Données 25 Place de la Madeleine 75008 Paris • ou par mail à : eovi-mcd.dpo@eovi-mcd.fr</p>
<p>AG2R Prévoyance</p>	<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 Maiesherbes, 75008 PARIS SIREN n° 333 232 270.</p>	<p>• par courrier au point d'entrée unique courrier pour la prévoyance/santé à : AG2R LA MONDIALE TSA 37001 59071 ROUBAIX CEDEX • ou en joignant un conseiller par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : 09 72 67 22 22</p>	<p>• par courrier au Conciliateur d'AG2R LA MONDIALE : 32 avenue Emile Zola Mons en Baroeul 59 896 Lille Cedex 9</p>	<p>• par courrier à AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 104-110 Boulevard Haussmann 75379 PARIS Cedex 08 • ou par courriel à : informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr</p>

ORGANISMES ASSUREURS	MENTIONS LÉGALES	RÉCLAMATION	MÉDIATION	PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (demande d'exercice de droits)
<p>Mutuelle Intégrance</p> <p><i>Groupe Apicil</i></p>	<p>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.</p> <p>La gestion est assurée par APICIL Mutuelle, Mutuelle du Groupe APICIL, Siège social : 38 rue François Peissel 69300 CALUIRE-ET-CUIRE.</p>	<p>• par courrier à : Groupe APICIL Service Relations Clients 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 : Mutuelle Intégrance – DPO – Service Réclamations 89 rue Damrémont 75882 PARIS CEDEX 18</p> <p>• ou par mail à : dpo@integrance.fr</p>
<p>Mutuelle Ociane Matmut</p>	<p>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>	<p>• par courrier à : Service « Réclamations » du Groupe Matmut, 66 rue de Sotteville 76030- ROUEN Cédex 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 courriel à : dpd@matmut.fr</p>
<p>Harmonie Mutuelle</p> <p><i>Groupe VYV</i></p>	<p>HARMONIE MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473 – Siège social : 143 rue Blomet, 75015 PARIS, numéro LEI : 969500JLU5ZH89G4TD57</p>	<p>• par courrier : Service qualité Relation adhérents CS 81021 49000 - ANGERS CEDEX 01</p>	<p>• par courrier à : Médiateur de la consommation auprès de la Mutuelle HARMONIE MUTUELLE 4-6 rue Victor Massé 56100 Lorient ou à Centre de Médiation Médicys 73 boulevard de Clichy 75009 Paris</p> <p>• ou par mail à : mediation@harmonie-mutuelle.fr</p> <p>• ou sur le site internet : mediation.harmonie-mutuelle.fr</p>	<p>• par courrier : à Service DPO 29 quai François Mitterrand 44273 NANTES CEDEX 2</p> <p>• ou par courriel à : dpo@harmonie-mutuelle.fr</p>
<p>MGEN</p> <p><i>Groupe VYV</i></p>	<p>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>	<p>• par courrier à : MGEN Entreprises Service réclamations TSA 11644 75901 PARIS Cedex 15</p>	<p>• par courrier postal à : Le Médiateur du groupe MGEN 3 square Max Hymans 75901 PARIS CEDEX 15</p> <p>• par mail : mediation@mgen.fr</p> <p>en complétant le formulaire sur le site Internet : www.mediation-mgen.fr</p>	<p>• par courrier à : MGEN Gestion CNIL 7 square Max Hymans 75015 PARIS</p> <p>• ou par courriel à : dpo@mgensolutions.fr</p>



Le groupement de co-assurance AESIO / Malakoff Humanis Prévoyance :

- ▶ MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE, Institution de Prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale, 21, rue Laffitte - 75009 Paris
- ▶ Les mutuelles du Groupe AESIO union mutualiste de groupe soumise aux dispositions du livre I du code de la mutualité - 25, place de la Madeleine - 75008 PARIS, en tant que mandataire d'assurance des mutuelles assureurs ADREA Mutuelle, APREVA Mutuelle et EOVI MCD Mutuelle.

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 Maeshherbes - 75008 PARIS.

Mutuelle Intégrance, Mutuelle du Groupe APICIL, soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, 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.

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 :

- ▶ HARMONIE MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, 143, rue Blomet - 75015 PARIS.
- ▶ MGEN, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, 3, Square Max Hymans - 75748 PARIS cedex 15.