

NOTICE D'INFORMATION SANTÉ

Santé

Convention collective nationale
des établissements privés d'hospitalisation,
de soins, de cure et de garde à but non
lucratif
du 31 octobre 1951 – IDCC n° 29

Janvier 2016



Comme vous !



SOMMAIRE

PREAMBULE	3
I. LES BENEFICIAIRES DU REGIME FRAIS DE SANTE	5
II. PRISE D'EFFET, SUSPENSION, MAINTIEN ET TERME DES GARANTIES	6
III. VOS GARANTIES ET PRESTATIONS	9
IV. DISPOSITIONS GENERALES	17
ANNEXES	19

PREAMBULE

Conformément à l'avenant n°2015-01 du 27 janvier 2015, agréé le 30 avril 2015, publié au journal officiel le 29 mai 2015 et complété par l'additif à l'avenant n°2015-01 du 27 janvier 2015 agréé par arrêté du 31 juillet 2015 publié au journal officiel le 18 août 2015, votre employeur a souscrit au bénéfice de l'ensemble de son personnel salarié, **ayant une ancienneté d'au moins trois mois au sein de l'entreprise**, un contrat collectif à adhésion obligatoire qui a pour objet de compléter les prestations en nature versées par la Sécurité sociale, en remboursement des frais médico-chirurgicaux occasionnés par une maladie ou un accident.

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

- **APICIL Prévoyance**, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est 38 rue François Peissel - 69300 CALUIRE et CUIRE.

- **MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE**, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale et autorisée par arrêtés ministériels des 8 avril 1938 et 4 août 1947 - 21 rue Laffitte - 75317 PARIS CEDEX 9

- **MGEN Filia**, mutuelle substituée intégralement pour les garanties relevant des branches 1 (maladie) et 2 (accident) avec 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.

- **MUTEX – l'alliance mutualiste** composée de :
 - **MUTUELLE CHORUM**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 784 621 419, Siège social : 56 / 60 rue Nationale - 75013 PARIS substituée intégralement par **MUTEX UNION**, Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 442 574 166, Siège social : 125 avenue de Paris - 92327 CHATILLON Cedex
 - **ADREA MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 311 799 878, Siège social : 104 avenue Maréchal de Saxe - 69003 LYON
 - **APREVA**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 627 391, Siège social : 20 boulevard Papin - BP 1173 - 59012 LILLE
 - **EOVI MCD**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 317 442 176, Siège social : 44 rue de Copernic - 75016 PARIS
 - **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
 - **OCIANE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 434 243 085, Siège social : 8 terrasse du Front du Médoc - 33054 BORDEAUX Cedex

- **MUTEX**, Entreprise régie par le Code des Assurances, inscrite au Registre du Commerce et des sociétés de Nanterre sous le n°529 219 040,
Siège social : 125 avenue de Paris – 92327 CHATILLON Cedex

Ces organismes sont co-assureurs entre eux dans le cadre de MUTEX – l’alliance mutualiste. Ils confient la coordination du dispositif et l’interlocution à **MUTEX**.

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

- Un régime de base **obligatoire** pour vous-même :
 - base 1 conventionnel, ou
 - base 2, ou
 - base 2 bis, ou
 - base 3, ou
 - base 4,
 selon le choix de votre employeur.
- Un régime de base facultatif, de même niveau que votre régime de base obligatoire, auquel vous pouvez souscrire pour vos ayants droit,
- Un ou plusieurs régimes optionnels **facultatifs**, si vous souhaitez compléter, pour vous-même et le cas échéant vos ayants droit, le remboursement des frais garantis par le régime de base obligatoire souscrit par votre employeur.

Base – Obligatoire Souscrit par votre entreprise	Option - facultative que vous pouvez souscrire pour atteindre le niveau de garanties :
Base 1 conventionnel	Base 2 Base 2 bis Base 3 Base 4
Base 2	Base 2 bis Base 3 Base 4
Base 2 bis	Base 3 Base 4
Base 3	Base 4
Base 4	Sans Objet

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

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

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

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

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

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

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

I - LES BENEFICIAIRES DU REGIME FRAIS DE SANTE

A. QUI PEUT BENEFICIER DES GARANTIES FRAIS DE SANTE DU REGIME DE BASE OBLIGATOIRE ?

Les garanties « Frais de Santé » **régime de base obligatoire (Base 1 conventionnel, Base 2, Base 2 bis, Base 3 ou Base 4)** du Contrat collectif souscrit par votre employeur vous sont accordées, sans délai de carence, sous réserve de satisfaire aux conditions cumulatives suivantes :

- être un salarié titulaire d'un contrat de travail, **ayant une ancienneté d'au moins trois mois** et inscrit aux effectifs de l'entreprise adhérente;
- être affilié au régime général, à la Mutualité Sociale Agricole ou au régime local Alsace Moselle de la Sécurité sociale.

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

L'ensemble des salariés, justifiant d'une ancienneté d'au moins trois mois consécutifs, présents à la date de prise d'effet du Contrat souscrit par votre employeur, ainsi que ceux embauchés postérieurement, sont affiliés, de manière **obligatoire**, sous réserve des cas de dispenses prévus par l'avenant n°2015-01 du 27 janvier 2015, qui reprend exactement l'ensemble des cas de dispense de l'article R. 242-1-6 du code de la Sécurité sociale.

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

B. LES FORMALITES D’AFFILIATION

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

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

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

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

▪ MODIFICATION DE VOTRE SITUATION ADMINISTRATIVE

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

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

II - PRISE D’EFFET, SUSPENSION, MAINTIEN ET TERME DES GARANTIES

A. PRISE D’EFFET DE VOS GARANTIES

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

- **soit à la date de prise d’effet du Contrat collectif « Frais de Santé » souscrit par votre employeur, si vous faites partie des effectifs sous contrat de travail ou d’apprentissage dans l’entreprise et justifié d’une ancienneté d’au moins trois mois;**
- **soit au terme des trois mois à compter de votre date d’entrée au sein de l’entreprise adhérente relevant de la Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951 lorsque vous êtes embauché postérieurement à la date d’effet du Contrat, sous réserve que vous ayez été déclaré à l’organisme assureur par votre employeur, par le biais d’un Bulletin Individuel d’Affiliation, dans les trois mois suivant la date de votre embauche.**

Passé ce délai, les garanties ne prendront effet que le premier jour du mois qui suit la réception par l’organisme assureur de la déclaration d’adhésion par votre employeur ;

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

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

B. CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

1/ Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation

Les garanties sont suspendues de plein droit, si vous vous trouvez dans l'un des cas de suspension du contrat de travail, dès lors qu'il ne donne lieu à aucune indemnisation, que ce soit sous la forme d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement à la charge de l'employeur) ou sous la forme d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, tels que :

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

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

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

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

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

2/ Suspension du contrat de travail indemnisée :

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

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

C. MAINTIEN DES GARANTIES

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

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

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

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation de votre contrat de travail (terme du délai de préavis, effectué ou non), et se prolonge pendant une durée égale à la période d'indemnisation chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le dernier employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder **douze mois**.

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

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

Maintien des garanties à titre individuel

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi « Evin »), peuvent bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien des garanties, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- ✓ les anciens salariés obtenant la liquidation de leur pension de vieillesse de la Sécurité sociale,
- ✓ les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu,
- ✓ les anciens salariés privés d'emploi, tant qu'ils ne retrouvent pas une activité professionnelle, bénéficiaires d'un revenu de remplacement,
- ✓ les personnes garanties du chef du salarié décédé.

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

D. TERME DES GARANTIES

Les garanties cessent :

Dans tous les cas :

- **en cas de défaut de paiement des cotisations, à l'issue de la procédure prévue à cet effet ;**
- **en cas de résiliation du contrat par votre entreprise, à la date de cette résiliation.**

Si vous êtes en maintien de garanties indemnisées :

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

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

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

Le membre participant peut dénoncer son adhésion individuelle à chaque échéance annuelle, c'est-à-dire au 31 décembre d'un exercice, sous réserve de la notifier à l'organisme assureur par lettre recommandée avec avis de réception au moins deux mois avant l'échéance annuelle.

Cette radiation individuelle est définitive. Elle vaut tant pour le membre participant que pour ses ayants-droit.

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

III - VOS GARANTIES ET PRESTATIONS

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

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

➤ Dispositif Contrat responsable

Critères du contrat responsable et de la couverture minimale

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

Contrat responsable

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

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie,
- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R.322-8 I du Code de la sécurité sociale,
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins, celle-ci s'effectue dans la double limite de 100 % de la base de remboursement (et par exception de 125 % pour les soins délivrés en 2015 et 2016) et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % de la base de remboursement.

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

Couverture minimale

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

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

- un forfait minimum pour des équipements d'optique médicale (verres et monture) soumis au remboursement de l'assurance maladie, dans la limite des frais exposés par l'assuré. Les forfaits énoncés au D.911-1 4° du Code de la sécurité sociale sont fonction de la correction de la vue et versés selon les périodes définies pour le renouvellement des dispositifs dans les conditions suivantes :

a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 470 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;

d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 660 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;

e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;

f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 850 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries.

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 euros.

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.

Dispositions communes

Toutefois, votre contrat ne prend pas en charge :

- la participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale,
- la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités,
- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés).

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

➤ **Quelles sont les limites au versement de vos prestations ?**

PRINCIPE INDEMNITAIRE

Les remboursements des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

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

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

DETAIL DES PRESTATIONS

1. Justificatifs

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

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

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

2. Contrat d'Accès aux Soins (CAS)

Les honoraires de médecins feront l'objet de remboursements différenciés selon qu'ils sont ou pas signataires du contrat d'Accès aux Soins (CAS) prévu par la convention nationale médicale (avenant n°8 à la convention médicale nationale publié au JO du 6 décembre 2012).

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes:

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

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

Si le remboursement des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins n'est pas plafonné, le maximum de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins est portée à 125% du tarif de responsabilité en 2015 et 2016 et 100% du tarif de responsabilité à partir du 1^{er} janvier 2017.

3. Prise en charge du Ticket Modérateur

La prise en charge du ticket modérateur se fait sur les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé déduction faite des prises en charge opérées par les assurances complémentaires qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat.

4. Description

4.1 - Soins Médicaux Courants

Consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes :

Pour un meilleur remboursement, nous invitons le bénéficiaire, à respecter le parcours de soins et à choisir un médecin spécialiste ayant signé le contrat d'accès aux soins.

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

Frais de Transport :

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

4.2 - Pharmacie

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

4.3 - Hospitalisation

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

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).

Forfait Journalier

Cela concerne la prise en charge de l'intégralité du forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers de santé ainsi que les maisons de convalescence.

Sont exclus :

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

Honoraires :

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

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

Frais de séjour non conventionnés :

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

Chambre particulière :

La prestation s'entend par jour **dans la limite des frais engagés par bénéficiaire.**

4.4 – Optique

Sauf disposition figurant sur le tableau des garanties :

- **les prestations de ce poste s'expriment en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale complété d'un forfait en euros par équipement (monture et verres).**
- **les prestations « monture » et « verres » sont limitées à une paire de lunettes tous les 2 ans par bénéficiaire.**

Cette période de 2 ans (24 mois) s'apprécie à compter de la date d'acquisition du premier équipement.

Cette période peut donc être différente entre le participant et chacun de ses ayants droit.

Le remboursement d'un équipement (monture + verres) peut être fait par période d'un an :

- pour les bénéficiaires de moins de 18 ans,
- et quel que soit l'âge du bénéficiaire, en cas de changement de la vision nécessitant un changement de verres et sur présentation des deux prescriptions médicales lors de la deuxième demande.

La justification d'une évolution de la vue se fonde :

- soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente,
- soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application des textes réglementaires (nature des produits délivrés et date de cette délivrance).

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

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

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

- **Les verres dits « simples » ou « à simple foyer »** correspondent à un équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries.
- **Les verres dits « complexes »** correspondent à un équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6 à +6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.
- **Les verres dits « hyper complexes »** correspondent à un équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de 4 à +4 dioptries.

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

Un équipement est dit mixte lorsqu'il est composé :

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

Lentilles

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

Chirurgie réfractive de l'œil

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

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

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

4.5 Dentaire

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

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

Prothèses :

Une majoration de remboursement peut être prévue s'il s'agit de dents visibles (dents du sourire). Les dents visibles sont les incisives, les canines et premières prémolaires. Elles portent les numéros : 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23 et 24 (haut) ainsi que 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44 (bas).

Les **dents non visibles (dents du fonds de bouche)** telles que les molaires et les deuxièmes prémolaires ne font l'objet d'aucune majoration de remboursement. Il s'agit des dents portant les numéros : 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27 et 28 (haut) ainsi que 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48 (bas).

4.6 Appareil auditif

La prestation, qui s'entend par oreille appareillée, est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et, sous réserve que la prestation soit prévue au tableau des garanties, d'un **forfait annuel en euros supplémentaire par oreille tous les 2 ans**.

Une limite maximum d'un équipement (2 oreilles) est prévue tous les 2 ans, excepté pour les enfants de moins de 18 ans qui peuvent bénéficier d'un autre équipement supplémentaire dans ce délai de 2 ans en cas de modification de leur audition

Maternité

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

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

Sont couverts à ce titre les frais médicaux, pharmaceutiques, d'appareillage, d'hospitalisation (à l'exception de la chambre particulière, sauf disposition spécifique prévue au tableau de garanties), l'ensemble des frais d'analyses et d'examens en laboratoire, frais d'optique et prothèses dentaires.

Actes de prévention

Le contrat prend en charge 100 % de la base de remboursement des prestations suivantes liées à la prévention et dont la liste a été établie par arrêté du 8 juin 2006, sous réserve du respect du parcours de soins :

1. Scellement des puits, sillons et fissures aux enfants de moins de 14 ans.
2. Un détartrage annuel complet.
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit.
4. Dépistage de l'hépatite B.
5. Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans.
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire.
7. Les vaccinations suivantes :
 - a) DTP : tous âges ;
 - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
 - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
 - d) BCG : avant 6 ans ;
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - f) Grippe ;
 - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

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, que du jour où les organismes assureurs gestionnaires en ont eu connaissance;**
- **en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par 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 au souscripteur ou au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le souscripteur, le membre participant ou l'ayant droit à l'organisme assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

TERRITORIALITE

Les garanties ne sont acquises qu'aux salariés affiliés au régime de Sécurité sociale français. Les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger, y compris dans le cas d'une hospitalisation, sont 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 salariés garantis exercent leur activité dans le champ géographique de la CCN du 31 octobre 1951 : France métropolitaine et départements et régions français d'Outre-Mer.

DISPOSITIONS GENERALES

➤ Subrogation

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

➤ Organisme de contrôle

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution (ACPR) située au 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09.

➤ Réclamation et litige / Médiation

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées à l'organisme assureur ou gestionnaire dont dépend le membre participant.

Les réclamations concernant l'application du présent dispositif peuvent être adressées :

➤ **Pour APICIL Prévoyance**, au service Relations Clients – Groupe APICIL – 38 rue François Peissel – 69300 CALUIRE et CUIRE

➤ **Pour MALAKOFF MEDERIC Prévoyance** : Service Réclamations (Entreprises ou particuliers) - 21 rue Laffitte – 75009 PAPRIS

➤ **Pour MGEN Filia**, à MGEN Filia - Gestion des réclamations – CS 90899 – 34012 MONTPELLIER cedex 01

➤ **Pour MUTEX** : à la mutuelle désignée par les Conditions Particulières.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées :

- Pour APICIL Prévoyance : au médiateur du CTIP – 10 rue Cambacérès – 75008 Paris.
- Pour MALAKOFF MEDERIC Prévoyance : au médiateur du CTIP – 10 rue Cambacérès – 75008 Paris.
- Pour MGEN Filia : MGEN – Le médiateur – 3 Square Max Hymans – 75748 Paris Cedex 15
- Pour MUTEX, au médiateur nommé par l'Assemblée générale de la mutuelle désignée par les Conditions Particulières.

Le médiateur peut être saisi uniquement **après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations** propres à chaque organisme assureur, étant précisé que certains litiges ne relèvent pas de sa compétence (ex : les résiliations de contrat, les augmentations de cotisation ou encore les procédures de recouvrement).

➤ Informatique et Libertés

En vertu des dispositions de la Loi informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives vous concernant qui figureraient sur tout fichier à l'usage de l'organisme assureur.

Ce droit d'accès et de rectification peut s'exercer en s'adressant au siège de l'organisme assureur dont relève votre entreprise.

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier de prestations sont destinées à mettre en œuvre les garanties auxquelles vous pouvez prétendre.

Ces informations sont uniquement transmises aux tiers sollicités pour des besoins de gestion de prestations.

ANNEXE I - MAINTIEN DES GARANTIES

A - SALARIES EN SUSPENSION DE CONTRAT DE TRAVAIL NE DONNANT PAS LIEU A INDEMNISATION

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

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

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

1) Prise d'effet des garanties

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

2) Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse au plus tard :

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

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

3) Cotisations

Modalités de paiement des cotisations

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

Les cotisations sont payables mensuellement d'avance, par prélèvement sur votre compte bancaire par l'organisme assureur.

Défaut de paiement des cotisations

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

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

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

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

B - RETRAITES, ANCIENS SALARIES BENEFICIAIRES D'UNE RENTE D'INCAPACITE, D'INVALIDITE OU D'UN REVENU DE REMPLACEMENT ET AYANTS DROIT D'UN MEMBRE PARTICIPANT DECEDE

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

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

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

1) Prise d'effet des garanties – Renonciation

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

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

Les garanties prennent effet :

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

Vous pouvez renoncer au bénéfice de cette affiliation facultative par lettre recommandée avec avis de réception pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé que l'adhésion a pris effet.

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

2) Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse au plus tard :

- **à l'issue de la procédure en cas de non-paiement des cotisations, telle que prévue au paragraphe 3) « Cotisations » ci-après ;**
- **à la date de résiliation de votre adhésion individuelle opérée par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'organisme assureur ou gestionnaire au moins deux mois avant l'échéance annuelle, étant précisé que cette résiliation est définitive ;**
- **et, en tout état de cause, à la date de votre décès.**

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

3) Cotisations

Modalités de paiement des cotisations

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

Les cotisations sont payables mensuellement d'avance, par prélèvement sur votre compte bancaire par l'organisme assureur.

Afin de préserver l'équilibre du contrat, la cotisation peut évoluer, pour l'ensemble des bénéficiaires de ce contrat d'accueil « Loi Evin » de la CCN 51, en fonction des comptes de

résultats, ainsi qu'à la suite de nouvelles dispositions réglementaires ou législatives faisant évoluer notamment, les prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie, ou les impôts, taxes et contributions de toute nature.

Défaut de paiement des cotisations

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

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

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

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

4) Définition des garanties et prestations

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

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

C – SALARIES PRIVES D'EMPLOI ET INDEMNISES PAR LE POLE EMPLOI

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

1) Définition des bénéficiaires du dispositif

Peuvent bénéficier du maintien des garanties et des dispositions définies à la présente notice, les anciens salariés satisfaisant **aux conditions cumulatives suivantes** :

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

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

2) Obligations des parties

a) Obligations des anciens salariés

L'ancien salarié doit justifier, auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article, notamment ouverture des droits à l'indemnisation chômage, cessation du versement des allocations chômage. Ces conditions étant nécessaires au maintien gratuit des garanties.

b) Obligations de l'entreprise souscriptrice

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

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

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

a) Prise d'effet du maintien

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

b) Durée du maintien

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

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

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

c) Cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse :

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

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

4) Définition des garanties et prestations

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

5) Modifications contractuelles

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

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

Les anciens salariés visés à l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi EVIN, qui sont privés d'emploi et bénéficiaires d'un revenu de remplacement, peuvent bénéficier du maintien de leur garanties dans les conditions prévues à l'annexe I-B de la présente notice, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les **six mois** qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou le cas échéant, dans les **six mois** suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien des garanties au titre de la portabilité, en application de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale.

ANNEXE II – REGIMES OPTIONNELS FACULTATIFS EXTENSION POUR LES SALARIES ET AFFILIATION DES AYANTS DROIT

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

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

Base – Obligatoire Souscrit par votre entreprise	Option - facultative que vous pouvez souscrire pour atteindre le niveau de garanties :
Base 1 conventionnel	Base 2 Base 2 bis Base 3 Base 4
Base 2	Base 2 bis Base 3 Base 4
Base 2 bis	Base 3 Base 4
Base 3	Base 4
Base 4	Sans Objet

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

A - AYANTS DROIT

Sont considérées comme étant vos ayants droit les personnes suivantes :

➤ votre **conjoint** bénéficiant de la Sécurité sociale du fait de votre affiliation ou d'une affiliation personnelle.

Est assimilé à votre conjoint :

- votre **concubin**,

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

- votre **partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS)**.

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

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

➤ vos **enfants à charge**.

Sont considérés comme enfants à charge, vos enfants et ceux de votre conjoint, âgés de moins de 26 ans :

- affiliés au régime de Sécurité sociale des étudiants,
- demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi, dans la limite de 12 mois,
- en contrats d'apprentissage ou de professionnalisation,
- ou célibataires et rattachés fiscalement au foyer des parents.

Vos enfants, quel que soit leur âge, qui sont infirmes ou atteints d'une maladie chronique et titulaires de la carte d'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).

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

B - PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Si vous êtes présent à l'effectif de votre employeur à la date d'effet du Contrat, les garanties prennent effet dès lors que vous avez exprimé votre volonté d'adhérer au Contrat à **adhésion facultative**, après acceptation expresse de l'organisme assureur formalisée par l'émission d'un Certificat d'Adhésion, ou le cas échéant après avoir retourné le Bulletin Individuel d'Affiliation marquant son accord pour la prise d'effet des garanties et la date retenue. En tout état de cause, elles prennent effet sous réserve du paiement de la cotisation « **Salarié isolé** » pour vous-même, et de la cotisation « **Conjoint / Enfant** » en fonction de votre situation de famille, pour vos ayants droit le cas échéant.

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

Par la suite, chaque salarié qui n'aurait pas choisi d'adhérer à la date d'effet du Contrat ou lors de son affiliation au régime de base obligatoire, conserve la possibilité d'adhérer au régime optionnel facultatif au 1^{er} janvier de chaque exercice, sous réserve d'en formuler la demande par écrit, dans les conditions prévues ci-dessus, 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.

L'adhésion de vos ayants droit s'effectue :

- **à la même date que votre affiliation, si vous effectuez ce choix en même temps que votre affiliation ;**
- **au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme assureur de votre demande d'affiliation, si celle-ci est faite à une date différente de la vôtre.**

C - DEMANDE D'ADHESION OU DE CHANGEMENT DE REGIME OPTIONNEL

Vous avez la possibilité de changer de formule de prestations au 1er janvier de chaque année, sous réserve que vous en fassiez la demande au moins deux mois avant la fin de l'année civile, par lettre recommandée 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.

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

D - FACULTE DE RENONCIATION

Vous pouvez renoncer au bénéfice du régime optionnel, par lettre recommandée avec avis de réception pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé que l'adhésion a pris effet.

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

E - COTISATIONS

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

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

Elles sont à votre charge exclusive.

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

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

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

Paiement des cotisations

La cotisation est versée :

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

Païement des cotisations par vous-même

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

Païement des cotisations par l'intermédiaire de votre employeur

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

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

Défaut de paiement des cotisations

Versement des cotisations par vous-même

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

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

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

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

Versement des cotisations par votre employeur

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

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

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

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

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

F - TERME DES GARANTIES

Les garanties cessent pour le ou les ayants droit :

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

G - RESILIATION DE L'ADHESION

Vous pouvez demander à résilier votre adhésion au régime optionnel, en adressant à l'organisme assureur une demande de résiliation par lettre recommandée avec avis de réception **au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours, soit avant le 31 octobre.**

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

Votre demande doit être adressée à l'organisme assureur dans les **deux mois suivant la survenance de l'événement**, accompagnée des pièces justificatives nécessaires.

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

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

Toute demande de résiliation est considérée comme définitive.

Par exception à ce principe, une nouvelle affiliation pourra être acceptée par l'assureur :

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

En tout état de cause l'acceptation de l'organisme assureur est matérialisée par l'émission d'un nouveau certificat d'adhésion qui vous sera adressé.

Résiliation en raison de la modification de vos droits et obligations

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

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

ANNEXE III – RESUMES DE GARANTIES

REGIME DE BASE OBLIGATOIRE POUR LE SALARIE ET FACULTATIF POUR SES AYANTS DROIT

Les montants de prestations sont exprimés y compris Sécurité sociale, sauf pour les garanties au ticket modérateur et pour les forfaits en euros.

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS (Dans la limite des frais réels, et, y compris Sécurité sociale, sauf pour les prestations au ticket modérateur et en forfait en euros)					
	Niveaux	Base 1 Conventionnel	Base 2	Base 2 Bis	Base 3	Base 4
L'HOSPITALISATION***						
Conventionnés - Frais de séjour		100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	250 % BR
Non conventionnés - Frais de séjour		100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Conventionnée - Honoraires CAS (*)		100 % BR	100 % BR	120 % BR	170 % BR	250 % BR
Conventionnée - Honoraires hors CAS (*)		100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Non conventionné - Honoraires		100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Forfait journalier hospitalier (actuellement : 18 € par jour)		100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait actes lourds (actuellement : 18 € par jour)		100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière conventionnée		-	-	1,25 % PMSS / J	1,75 % PMSS / J	2 % PMSS / J
Chambre particulière - Forfait en ambulatoire		-	-	0,50 % PMSS / J	0,75 % PMSS / J	1 % PMSS / J
Personne accompagnante - Lit d'accompagnant conventionné		-	-	-	1,75 % PMSS / J	2 % PMSS / J
LES FRAIS MEDICAUX COURANTS***						
Consultations - visites Généralistes CAS (*)		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultations - visites Généralistes hors CAS (*)		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultations - visites Spécialistes CAS (*)		100 % BR	100 % BR	125 % BR	180 % BR	250 % BR
Consultations - visites Spécialistes hors CAS (*)		100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Pharmacie remboursée à 65 % et à 30 %		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée à 15 %		-	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccins non remboursés par la SS		-	-	-	50 € / A / B	75 € / A / B
Analyses médicales		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes Techniques Médicaux (petite chirurgie) CAS (*)		100 % BR	100 % BR	100 % BR	140 % BR	170 % BR
Actes Techniques Médicaux (petite chirurgie) hors CAS (*)		100 % BR	100 % BR	100 % BR	120 % BR	150 % BR
Radiologie CAS (*)		100 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	170 % BR
Radiologie hors CAS (*)		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR
Orthopédie et autres prothèses		100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	250 % BR
Prothèses auditives		100 % BR	100 % BR	100 % BR	500 € / oreille tous les 2 ans	1 000 € / oreille tous les 2 ans
Transport accepté par la SS		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
L'OPTIQUE						
Verres et monture (**)		Grille optique Base 1	Grille optique Base 2	Grille optique Base 2 Bis	Grille optique Base 3	Grille optique Base 4
Lentilles prescrites : acceptées, refusées, jetables		30 € / A / B	50 € / A / B	75 € / A / B	150 € / A / B	250 € / A / B
Chirurgie réfractive		-	-	-	500 € / œil / A / B	1 000 € / œil / A / B
LE DENTAIRE (1) limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à celle du panier de soins						
Soins dentaires		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Onlays - Inlays		100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	250 % BR
Orthodontie acceptée par la SS		125 % BR	125 % BR	200 % BR	300 % BR	350 % BR
Orthodontie refusée par la SS (2)		-	-	150 € / semestre de soins / B	300 € / semestre de soins / B	500 € / semestre de soins / B
Prothèses dentaires prises en charge par la SS (1) :						
- dents du sourire		125 % BR	200 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR
- dents du fond de bouche		125 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR	350 % BR
Inlays-cores (1)		125 % BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la SS (1) (2)		-	-	150 € / dent Maxi 3 dents/A/B	300 € / dent Maxi 3 dents/A/B	500 € / dent Maxi 3 dents/A/B
Parodontologie (2)		-	-	-	300 € / acte Maxi 3 actes/A/B	500 € / acte Maxi 3 actes/A/B
Implantologie (2)		-	-	-	300 € / implant Maxi 3 implants/A/B	500 € / implant Maxi 3 implants/A/B
LES FRAIS DE CURES THERMALES (hors thalassothérapie)						
Cure acceptée par la Sécurité sociale		-	-	-	100 € / A / B	200 € / A / B
MEDECINES DOUCES (Praticiens disposant d'un diplôme d'état)						
Ostéopathe, Chiropracteur, Diététicien, Psychomotricien		-	-	-	25 € / séance Maxi 3 séances /A/B	50 € / séance Maxi 3 séances /A/B
Psychologue, Podologue, Pédiatrice, Acuponcteur, Etiopathe		-	-	-	-	-
ACTES DE PREVENTION						
Tous les actes des contrats responsables		100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Ostéodensitométrie osseuse		-	-	-	30 € / A / B	50 € / A / B
Patch anti-tabac		-	-	-	100 € / A / B	200 € / A / B

- (*) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire du Contrat d'Accès aux Soins (CAS).
- (**) Pour les enfants (- 18 ans) : un équipement annuel
Pour les adultes : un équipement tous les deux ans sauf si évolution de la vue, avec un maximum d'un équipement annuel
- (***) En secteur non conventionné le remboursement se fera sur la base de remboursement de la Sécurité sociale, c'est-à-dire du tarif d'autorité.

(1) Limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à celle du panier de soins (soit 125 % BR)

(2) Le remboursement des 3 dents ou actes s'entend pour l'ensemble des 4 forfaits non pris en charge par la SS (Hors nomenclature dans la future Classification Commune des Actes Médicaux pour le dentaire)

Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.

Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement.

Conformément aux prescriptions du contrat responsable, nous prenons en charge les actes de prévention figurant dans la Notice d'information.

Lexique :

CAS : Contrat d'accès aux soins

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

Le montant défini par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux.

SS : Sécurité sociale

TM : Ticket Modérateur :

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par la Sécurité sociale.

FR : Frais réels

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale .

Son évolution est consultable sur : www.securite-sociale.fr.

B : Bénéficiaire

A : Année,

J : Jour

Dans les grilles Optique, les remboursements s'entendent par verre.

GRILLES OPTIQUES (par verre)					
	BASE 1 CONVENTIONNEL	BASE 2	BASE 2 Bis	BASE 3	BASE 4
Enfants < 18 ans					
Monture	50 €	70 €	70 €	75 €	100 €
Verre Simple Foyer, Sphérique					
Sphère de -6 à +6	40 €	50 €	50 €	50 €	60 €
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €	75 €	75 €	75 €	75 €
Sphère <-10 ou >+10	75 €	75 €	75 €	75 €	80 €
Verre Simple Foyer, sphéro-cylindrique					
Cylindre <+4 sphère de -6 à +6	40 €	60 €	60 €	60 €	70 €
Cylindre <+4 sphère de <-6 à >+6	75 €	75 €	75 €	75 €	80 €
Cylindre >+4 sphère de -6 à +6	75 €	75 €	75 €	80 €	90 €
Cylindre >+4 sphère de <-6 à >+6	75 €	80 €	80 €	90 €	100 €
Verre Multifocal ou Progressif Sphérique					
Sphère de -4 à +4	80 €	80 €	90 €	100 €	110 €
Sphère <-4 ou >+4	80 €	90 €	100 €	110 €	120 €
Verre Multifocal ou Progressif Sphéro-cylindrique					
Sphère de -8 à +8	80 €	100 €	110 €	120 €	130 €
Sphère <-8 ou >+8	80 €	110 €	115 €	130 €	140 €
Adultes					
Monture	50 €	80 €	100 €	125 €	150 €
Verre Simple Foyer, Sphérique					
Sphère de -6 à +6	40 €	65 €	70 €	80 €	90 €
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €	75 €	80 €	90 €	100 €
Sphère <-10 ou >+10	75 €	80 €	85 €	100 €	110 €
Verre Simple Foyer, sphéro-cylindrique					
Cylindre <+4 sphère de -6 à +6	40 €	70 €	80 €	90 €	100 €
Cylindre <+4 sphère de <-6 à >+6	75 €	80 €	90 €	100 €	110 €
Cylindre >+4 sphère de -6 à +6	75 €	90 €	95 €	110 €	120 €
Cylindre >+4 sphère de <-6 à >+6	75 €	100 €	110 €	120 €	130 €
Verre Multifocal ou Progressif Sphérique					
Sphère de -4 à +4	80 €	80 €	110 €	150 €	175 €
Sphère <-4 ou >+4	80 €	100 €	130 €	160 €	185 €
Verre Multifocal ou Progressif Sphéro-cylindrique					
Sphère de -8 à +8	80 €	100 €	135 €	175 €	200 €
Sphère <-8 ou >+8	80 €	110 €	140 €	185 €	210 €

**ANNEXE IV - ATTESTATION DE RECEPTION DE LA NOTICE
D'INFORMATION**

**A REMETTRE
A VOTRE EMPLOYEUR**

IMPORTANT

Je soussigné(e) _____
Reconnais avoir reçu une notice d'information sur le régime de protection
sociale complémentaire Frais de Santé souscrit par mon employeur :

A _____ Le _____

Signature :



Comme vous !



APICIL Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale – 38 rue François Peissel – 69300 CALUIRE ET CUIRE.

MALAKOFF MEDERIC Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale et autorisée par arrêtés ministériels des 8 avril 1938 et 4 août 1947 - 21 rue Laffitte – 75317 PARIS CEDEX 9.



MGEN Filia, mutuelle substituée intégralement pour les garanties relevant des branches 1 (maladie) et 2 (accident) avec 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.



MUTEX, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 37 302 300 euros, enregistrée au RCS de NANTERRE sous le n° 529 219 040, Société régie par le Code des Assurances.
Siège social : 125 avenue de Paris – 92327 CHATILLON Cedex