



AG2R LA MONDIALE

Régime conventionnel frais de santé

Régime de base conventionnel obligatoire pour le salarié
et facultatif pour ses ayants droit + option 1 ou 2
a adhésion facultative

Notice d'information

En vigueur au 1^{er} janvier 2021

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 les accords collectifs des
centres d'hébergement et de réinsertion sociale

Sommaire

Préambule	5
I. Les bénéficiaires du régime frais de santé conventionnel obligatoire.....	6
A. Qui peut bénéficier des garanties frais de santé du régime de base conventionnel obligatoire ?	6
B. Les formalités d'affiliation	6
II. Prise d'effet, suspension, maintien et terme des garanties du régime de base obligatoire	7
A. Prise d'effet de vos garanties du régime de base obligatoire.....	7
B. Cas de suspension du contrat de travail.....	7
C. Maintien des garanties du régime de base obligatoire en cas de rupture du contrat de travail.....	8
D. Terme des garanties du régime de base obligatoire	9
III. Vos garanties et prestations	10
A. Dispositif contrat responsable.....	10
B. Quelles sont les limites au versement de vos prestations ?.....	13
C. Exclusion du membre honoraire ou participant	15
D. Prescription	16
E. Territorialité	16
F. Accompagnement social.....	16
IV. Dispositions générales	17
A. Subrogation.....	17
B. Fausses déclarations	17
C. Exclusion des membres participants	18
D. Organisme de contrôle	18
E. Réclamations - médiation	18
F. Protection des données à caractère personnel	18
Annexe I. Maintien des garanties	20
A. Salariés en suspension de contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation	20
B. Retraités, anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité, d'invalidité ou d'un revenu de remplacement et ayants droit d'un membre participant décédé	21
C. Salariés privés d'emploi et indemnisés par le pôle emploi (portabilité).....	22
Annexe II. Régimes optionnels facultatifs et extension ayants droit.....	25
A. Ayants droit	25
B. Adhésion et prise d'effet des garanties optionnelles	26
C. Cotisations	27
D. Terme des garanties.....	28
Annexe III. Tableaux des garanties	31
Annexe IV. Attestation de réception de la notice d'information	36

Préambule

Conformément à l'Accord Interbranche du 2 octobre 2019 de la CCNT des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées à laquelle est rattachée la CCN des médecins spécialistes qualifiés du 1^{er} Mars 1979 et les accords collectifs de centres d'hébergement et de réinsertion sociale, votre employeur a souscrit au bénéfice de son personnel salarié titulaire d'un contrat de travail ou d'apprentissage, 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 AG2R Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R, 14-16, Boulevard Malesherbes, 75008 PARIS. SIREN n° 333 232 270.

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

- un régime obligatoire (la base) correspondant au niveau de garantie souscrit par votre employeur conformément aux dispositions de l'accord interbranche (cf ANNEXE II) ;
- un régime optionnel facultatif composé de deux options (option 1 et option 2) si vous souhaitez compléter le remboursement des frais garantis par le régime obligatoire (la base) souscrit par votre employeur ;
- une extension facultative de votre niveau de couverture pour vos ayants droit (cf. ANNEXE II). Ce niveau de couverture relevant selon votre choix du régime obligatoire ou de l'option que vous aurez souscrite.

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

La présente notice d'information 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 informe de ces modifications.

Outre le remboursement des prestations médico-chirurgicales, vous bénéficiez du tiers-payant tel que décrit dans la présente notice d'information et de l'accès aux œuvres sociales et services éventuellement proposés par l'organisme assureur auquel vous êtes affilié.

En complément, vous pourrez bénéficier du Fonds de Solidarité dédié mis en place par le régime de la Branche.

Votre employeur doit vous remettre obligatoirement, dès lors que vous êtes dûment affilié, un exemplaire de la présente Notice d'information. 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

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

I. Les bénéficiaires du régime frais de santé conventionnel obligatoire

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

Les garanties « Frais de Santé » du régime de base obligatoire 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 ou d'apprentissage 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 « Membre participant » de l'organisme assureur dont relève votre entreprise.

Vous êtes affiliés, de manière obligatoire, sous réserve des cas de dispenses instaurées par la législation et la réglementation en vigueur et prévues par votre convention collective ou par l'acte fondateur instituant le régime au niveau de l'entreprise.

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

B. Les formalités d'affiliation

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

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

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

Dès la remise de l'ensemble de ces documents, votre organisme assureur ou gestionnaire vous remettra une carte de tiers payant, sur laquelle figurent les bénéficiaires inscrits au Bulletin Individuel d'Affiliation.

Modification de votre situation administrative

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

L'organisme assureur se réserve par ailleurs le droit de réclamer toute autre pièce justificative complémentaire nécessaire au bon traitement de votre affiliation.

II. Prise d'effet, suspension, maintien et terme des garanties du régime de base obligatoire

A. Prise d'effet de vos garanties du régime de base obligatoire

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

- soit à la date de prise d'effet du Contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par votre employeur, si vous faites partie des effectifs et êtes sous contrat de travail ou d'apprentissage ;
- soit postérieurement , à compter de la date de votre embauche au sein de l'entreprise sous réserve que vous ayez été déclaré à l'organisme assureur ou gestionnaire par votre employeur, 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
- soit à la date à laquelle vous cessez de remplir les conditions pour bénéficier d'un cas de dispense.

L'affiliation facultative de vos ayants droit et le cas échéant l'adhésion aux garanties optionnelles s'effectuent dans les conditions prévues à l'ANNEXE II de la présente notice.

B. Cas de suspension du contrat de travail

1. Suspension du contrat de travail excédant 1 mois continu ne donnant pas lieu à indemnisation

Les garanties sont suspendues de plein droit, si vous vous trouvez en cas de suspension de contrat de travail, dès lors qu'elle 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) notamment en cas de :

- congé sabbatique ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé parental d'éducation ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou
- 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 suspension de votre contrat de travail sans maintien de salaire ou versement d'indemnités journalières et s'achève dès votre reprise effective du travail, sous réserve que votre organisme assureur ou gestionnaire en soit informé dans un délai de trois mois suivant votre reprise. À défaut, 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).

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.

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) 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.

Le bénéfice des garanties définies à la présente Notice est également maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour l'une des causes suivantes :

- congé légal de maternité ou d'adoption ;
- exercice du droit de grève ;
- congés de solidarité familiale et de soutien familial ;
- congé non rémunéré qui n'excède pas 1 mois continu.

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

C. Maintien des garanties du régime de base obligatoire en cas de rupture du contrat de travail

1. 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 bénéficiez 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 ou gestionnaire 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 Évin » sont définies en ANNEXE I - C de la présente Notice.

2. Maintien des garanties à titre individuel

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi « Évin »), peuvent bénéficier 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 ou gestionnaire pour le maintien des garanties sont exposées en ANNEXE I-B de la présente Notice.

D. Terme des garanties du régime de base obligatoire

Les garanties cessent :

- 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, sous réserve des dispositions relatives au maintien des garanties prévu en ANNEXE I ;
- à la date à laquelle vous ne remplissez plus les conditions pour être qualifié de « membre participant » ;
- au jour de votre décès, sous réserve des dispositions de l'article 4 de la Loi Évin en ce qui concerne vos ayants-droit ; La cotisation due est calculée au prorata du nombre de jours couverts avant le décès.
- et en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation du Contrat par votre employeur ou par l'organisme assureur. Toutefois dans ce cas, vous pouvez demander à votre organisme assureur de devenir membre participant à titre individuel. :
 - l'Organisme Assureur peut résilier le contrat souscrit par votre entreprise par lettre recommandée 2 mois avant la date d'échéance du contrat ou en cas de non-paiement des cotisations par votre employeur (voir paragraphe : « Défaut de paiement des cotisations par l'employeur ») ou à l'issue du délai de préavis de deux mois, lorsque votre entreprise change d'activité et relève de l'application d'une nouvelle convention collective.
 - votre employeur peut résilier le contrat, tous les ans sous réserve du respect d'un préavis de deux mois, avant la date d'échéance (soit le 31 octobre pour une échéance au 31 décembre) ;
 - votre employeur peut résilier le contrat à l'expiration d'une durée minimale de 12 mois à compter de la date de prise d'effet du présent contrat, l'entreprise dispose d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que l'organisme assureur en a reçu notification et dont les modalités et restrictions sont définies par la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et ses textes d'application

Les garanties peuvent être maintenues pour certains salariés et ayants droits selon les modalités fixées au paragraphe « Maintien des Garanties ».

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.

III. Vos garanties et prestations

Les garanties « Frais de Santé » qui vous sont réglées, et le cas échéant à vos ayants droit, au titre du régime de base obligatoire 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, les remboursements effectués 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).

Pour répondre aux exigences légales et réglementaires et vous permettre de bénéficier des avantages fiscaux et sociaux liés à ce régime collectif de prévoyance, la garantie mise en œuvre est une garantie dite "responsable".

Le caractère responsable du régime institué dans l'entreprise nécessite que les garanties s'adaptent aux évolutions législatives et réglementaires. L'Organisme Assureur pourra en conséquence adapter les prestations en fonction de ces exigences sous réserve de l'agrément de l'avenant modificatif de l'accord interbranche.

A. 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 L871-1, 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, le contrat prévoit :

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 L152-5-3 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 contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile ;
- la franchise forfaitaire obligatoire prévue au III de l'article L 160-13 du Code de la Sécurité sociale, applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D 160. 9 du Code de la Sécurité sociale.

Au-delà des prestations minimum, l'organisme assureur ne prend pas en charge au titre de la présente notice :

- 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 ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie.

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

La prise en charge du ticket modérateur :

Le ticket modérateur est la partie de vos dépenses de santé qui reste à votre charge une fois que l'Assurance maladie obligatoire a remboursé sa part.

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

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 R871-2 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 (DPTM) 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 à 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.

À titre indicatif, les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) 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 contre- partie, 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.

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'appairage 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 du ticket modérateur est effectuée dans le respect des planchers et plafonds prévus à l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans les tableaux de prestations. Le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros (RSS inclus).

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B » ;
- soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A ».

e. Les remboursements dentaires

Pour tous les travaux dentaires, le praticien a l'obligation d'établir un devis conforme à la réglementation en vigueur. 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

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 ou par l'assureur. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

À compter du 1^{er} janvier 2021, le remboursement du renouvellement d'un appareil auditif par oreille n'est possible qu'au-delà d'un délai de 4 ans.

g. Le bénéficiaire du tiers payant :

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

B. 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.

Détail des prestations

a. 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.

Les prestations sont traitées :

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

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

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

Nature des frais	Pièces justificatives
Dépassements d'honoraires	– relevé d'honoraires originaux acquittés
Chambre particulière ou frais de séjour de l'accompagnant	– originaux des factures acquittées
Forfait journalier hospitalier	– original de la facture acquittée
Soins hors nomenclature	– note d'honoraires du professionnel de santé codifiant les soins dispensés
Soins inscrits à la CCAM mais non remboursés par la Sécurité Sociale	– note d'honoraires du professionnel de santé codifiant les soins dispensés
Optique hors prise en charge en tiers payant	– facture détaillée et acquittée
Prothèse dentaire	– facture des honoraires acquittée

Aide auditive	– facture détaillée et acquittée accompagnée de la prescription médicale
Prestations non prises en charge par la Sécurité Sociale prévues dans le tableau des garanties	– facture détaillée, datée et acquittée

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 des régimes d'assurance obligatoire ou 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.

b. Montant 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.

c. Description

Soins Médicaux Courants

Consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes :

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

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

Frais de Transport :

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

Pharmacie

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

Un médicament générique est la copie conforme d'un médicament original dont le brevet est tombé dans le domaine public. Il a la même forme pharmaceutique (gélule, comprimé, solution ou suppositoire) et est composé exactement des mêmes propriétés que le produit d'origine.

La loi garantit que le médicament générique, commercialisé en France, répond à des normes de fabrication, de qualité et de contrôles identiques à ceux du médicament d'origine. Tout médicament d'origine peut donc être remplacé par son générique s'il existe.

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).

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.

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 à l'ANNEXE III de la présente notice d'information. 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 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.

C. 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.

D. 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 les organismes assureurs gestionnaires en ont 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 de l'assuré 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 ou envoi d'un recommandé électronique avec avis de réception adressés par l'organisme assureur ou gestionnaire au souscripteur, ou au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le souscripteur, le membre participant à l'organisme assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

E. Territorialité

Les garanties ne sont acquises qu'aux salariés, et le cas échéant ses ayants droit, affiliés au régime de Sécurité sociale français. Les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger, y compris dans le cas d'une hospitalisation, sont remboursées sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale. Les prestations de l'organisme assureur ou gestionnaire 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 15 mars 1966 : France métropolitaine et départements français d'Outre-Mer.

F. Accompagnement social

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

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

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

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

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

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

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

IV. Dispositions générales

A. 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.

Subrogation à l'égard des tiers

La subrogation permet à l'Organisme Assureur en cas d'accident du bénéficiaire, de récupérer les prestations versées auprès du tiers responsable ou de sa compagnie d'assurance.

Par accident, on entend toute atteinte corporelle provenant de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure, indépendante de la volonté. Il peut s'agir d'un accident sans tiers (sportif, scolaire) ou d'un accident causé par un tiers (accident de la circulation, agression, accident dans un magasin...).

L'Organisme Assureur vous est subrogé de plein droit, vous ou vos ayants droit victimes d'un accident, dans son action contre le tiers responsable.

L'Organisme Assureur exerce ce recours subrogatoire dans la limite des dépenses qu'elle a engagées et pour la part qu'elle a indemnisée.

Afin de permettre à l'Organisme Assureur d'exercer le cas échéant, ces droits et actions, vous devez tenir l'Organisme Assureur informée de la survenance de l'accident.

Vous ou vos ayants droit devez tenir l'Organisme Assureur informée de l'état et de l'évolution de vos blessures, de leur consolidation, ainsi que de vos intentions à l'égard du tiers ou de son assureur substitué.

Il en est de même de toute instance judiciaire, pénale ou civile, tant en ce qui concerne son engagement que son déroulement et son aboutissement.

Vous ou vos ayants droit devez de même tenir l'Organisme Assureur informée de tout projet de règlement amiable avec l'auteur de l'accident ou son assureur.

Subrogation à l'égard des caisses de Sécurité sociale

L'adhésion à l'Organisme Assureur entraîne subrogation de plein droit de celle-ci dans les droits et actions du membre participant ou de ses ayants droit à l'égard des caisses d'assurance maladie obligatoire pour la part des prestations avancée par l'Organisme Assureur et couverte par lesdits régimes obligatoires.

B. Fausses déclarations

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par l'Organisme Assureur est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand 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 droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

C. Exclusion des membres participants

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement atteinte 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 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.

D. Organisme de contrôle

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

E. Réclamations - médiation

Toutes les demandes d'information ainsi que les réclamations relatives au contrat doivent être adressées à AG2R LA MONDIALE – TSA 37001 – 59071 Roubaix Cedex.

Il est également possible de nous joindre par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) :

– 09 72 67 22 22.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur de AG2R LA MONDIALE - 32 avenue Émile Zola - Mons en Baroeul - 59896 Lille Cedex 9.

En cas de désaccord persistant après épuisement des procédures internes de réclamations de AG2R LA MONDIALE visées aux alinéas précédents, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur du CTIP :

- soit par courrier, à l'adresse suivante : Médiateur du CTIP - 10 rue Cambacérès - 75008 Paris ;
- soit en ligne, à l'adresse suivante : <https://ctip.asso.fr/saisine-mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

F. Protection des données à caractère personnel

Comment et pourquoi sont utilisées les données à caractère personnel ?

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées par l'organisme assureur, membre de AG2R LA MONDIALE, 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 nos intérêts légitimes de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos clients au travers de :

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

Elles sont enfin traitées pour satisfaire à nos obligations légales et réglementaires, notamment :

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

Nous pouvons être amenés 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, nous ne serions pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal renseignées.

Dans le cadre de la gestion du contrat, nous sommes susceptibles de recevoir des données à caractère personnel en provenance du souscripteur (l'entreprise ou l'association adhérente, par exemple) et des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Les données nécessaires à la gestion du contrat et des services associés sont conservées pendant la durée du contrat et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec les bénéficiaires, aux membres de AG2R LA MONDIALE ou à ses sous-traitants qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, aux réassureurs du contrat, et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

Quels sont les droits et comment les exercer ?

Le participant et ses bénéficiaires disposent du droit de demander l'accès aux données les concernant, leur rectification ou leur effacement ou la limitation du traitement dans les cas prévus par la loi. Ils disposent de la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont ils entendent que soient exercés ces droits, après leur décès.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France 92599 LEVALLOIS-PERRET CEDEX ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

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.

Nous apportons la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si le participant et ses 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.

Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données personnelles :

<https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles>

Annexe I. Maintien des garanties

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

Vos garanties peuvent être maintenues si votre contrat de travail est suspendu sans aucune indemnisation, dans les conditions définies au paragraphe II-B « Cas de suspension du contrat de travail » de la présente Notice d'information.

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

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

1. Prise d'effet des garanties

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

Les garanties et prestations sont identiques à celles des actifs et figurent en ANNEXE III à la présente Notice d'Information.

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 la date d'effet de la résiliation de l'adhésion par l'organisme assureur à l'issue de la procédure de non-paiement des cotisations, telle que prévue au paragraphe 3 « Cotisations » ci-après ;
- à la date d'effet de la résiliation de votre adhésion individuelle et facultative opérée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception, envoyés à l'organisme assureur ou gestionnaire au moins deux mois avant l'échéance annuelle, étant précisé que cette résiliation est définitive; la résiliation prend effet le à l'échéance annuelle du contrat, soit le 31 décembre ;
- à l'expiration d'une durée minimale de 12 mois à compter de la prise d'effet du contrat, vous disposez en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que l'organisme assureur ou gestionnaire en a reçu notification et dont les modalités et restrictions sont définies par la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et ses textes d'application, étant précisé que cette résiliation est définitive,
- à la date de liquidation de 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 d'effet de la résiliation du Contrat souscrit par votre employeur ;
- et, en tout état de cause, à la date de votre décès La cotisation due est calculée au prorata du nombre de jours couverts avant le décès.

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

3. Cotisations

Modalités de paiement des cotisations

Vos cotisations sont appelées 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 ou gestionnaire.

Défaut de paiement des cotisations

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

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

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

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

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

En vertu des dispositions de l'article 4 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 » 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 la Personne morale souscriptrice ait informé l'organisme assureur en temps utile).

1. Prise d'effet des garanties -

La demande de maintien doit être adressée à l'organisme assureur ou gestionnaire 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 au lendemain de la demande et au plus tôt le lendemain de la rupture du contrat de travail, ou de la cessation des garanties au titre de la portabilité.

2. Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse au plus tard :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat par l'organisme assureur en cas de non-paiement des cotisations, telle que prévue au paragraphe 3 « Cotisations » ci-après ;
- à la date d'effet de la résiliation de votre adhésion individuelle opérée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception, envoyés à l'organisme assureur ou gestionnaire au moins deux mois avant l'échéance annuelle, étant précisé que cette résiliation est définitive ;
- à l'expiration d'une durée minimale de 12 mois à compter de la prise d'effet du contrat, vous disposez en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que l'organisme assureur ou gestionnaire en a reçu notification et dont les modalités et restrictions sont définies par la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et ses textes d'application.
- et, en tout état de cause, à la date de votre décès. La cotisation due est calculée au prorata du nombre de jours couverts avant le décès.

3. Cotisations

Modalités de paiement des cotisations

Le maintien des garanties s'effectuera en contrepartie du paiement des cotisations correspondantes, étant entendu qu'elles sont entièrement à votre charge.

Elles sont payables mensuellement d'avance, par prélèvement sur votre compte bancaire par l'organisme assureur ou gestionnaire.

Les tarifs applicables aux anciens salariés dans le cadre du maintien de garantie sont fixés conformément à la réglementation en vigueur. Les cotisations des bénéficiaires de l'article 4 de la « Loi Évin » sont plafonnées à 150 % du montant de la cotisation de la couverture dont ils bénéficiaient à compter de la 4^e année d'adhésion. Ce plafonnement pourra être revu annuellement au regard de l'équilibre du régime mutualisé.

Défaut de paiement des cotisations

À 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.

C. Salariés privés d'emploi et indemnisés par le pôle emploi (portabilité)

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

Bénéficiaire 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

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

b. Obligations de l'entreprise souscriptrice

L'entreprise doit remplir, les obligations suivantes :

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

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

a. Prise d'effet du maintien

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

b. Durée du maintien

L'ancien salarié et ses ayants droit bénéficient de ce maintien pendant une durée égale à celle du dernier contrat de travail ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le dernier employeur, appréciée en mois entier.

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

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

c. Cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse :

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

4. Définition des garanties et prestations

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur pour 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, 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 « Évin »)

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

Annexe II. Régimes optionnels facultatifs et extension ayants droit

En tant que salarié affilié au régime de base obligatoire, vous pouvez adhérer librement au régime optionnel à adhésion facultative, et le cas échéant choisir d'affilier vos ayants droit définis ci-après, pour le même niveau de garanties.

Vous pouvez opter pour un niveau supérieur de couverture en adhérant à titre individuel à l'un des régimes optionnels (ou au seul régime optionnel) pour vous-même et vos ayants droit sous couvert d'être couvert par le régime de base conventionnel.

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 ou gestionnaire par l'intermédiaire de votre employeur ou directement adressé à l'organisme assureur ou gestionnaire le cas échéant.

A. Ayants droit

1. Définition des ayants droits

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.

2. Prise d'effet de l'affiliation des ayants droit couverts à titre facultatif :

Le régime souscrit par votre employeur peut prévoir la couverture à titre facultatif de vos ayants droit. Dans ce cas :

- si vous avez inscrit vos ayants droit sur votre bulletin individuel d'affiliation, ils seront, comme vous-même, couverts dès le premier jour de votre adhésion ;
- si vous faites adhérer vos ayants droit ultérieurement, ils seront admis au bénéfice des garanties, sans délai de carence, 1^{er} janvier de l'année, sous réserve d'être déclaré au plus tard le 31 octobre qui précède.

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. Les garanties prennent effet à 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 de l'année qui précède.

Seuls les frais médico-chirurgicaux dont la date de soins telle que 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 de l'organisme assureur.

B. Adhésion et prise d'effet des garanties optionnelles

1. Prise d'effet des garanties optionnelles

Si vous êtes présent à l'effectif de votre employeur à la date d'effet du Contrat obligatoire, les garanties prennent effet pour vous et le cas échéant vos ayants droit dès lors que vous avez exprimé votre volonté d'adhérer au régime optionnel à adhésion facultative, En tout état de cause, elles prennent effet sous réserve du paiement de la cotisation afférente à votre couverture.

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 de base obligatoire ou lors de son affiliation au régime de base obligatoire, conserve pour lui et ses ayants droit 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 ou gestionnaire 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 votre situation de famille ou de votre situation administrative, vous avez la possibilité d'adhérer en cours d'année et d'affilier vos ayants droit 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.

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

L'affiliation prendra alors effet dès le premier jour du mois suivant la réception de votre demande.

2. Faculté de renonciation

Le Membre participant peut renoncer au bénéfice de son adhésion facultative, par lettre recommandée ou par 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 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 ou de l'envoi recommandé électronique, sous déduction des éventuelles prestations versées.

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

« Je soussigné(e) (nom, prénom), demeurant (adresse complète) déclare renoncer à mon adhésion facultative frais de santé n°, ayant pris effet le, conformément aux dispositions de l'article 3.4 « Faculté de renonciation ».

3. Changement de régime optionnel

Le régime souscrit par votre employeur prévoit plusieurs options, le changement de formule est possible :

Les Membres participants ont 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 date d'échéance (soit le 31 octobre pour une échéance au 31 décembre), 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.

Les frais médico-chirurgicaux dont la date de soins telle que figurant sur le décompte de la Sécurité sociale est antérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion ne peuvent pas donner lieu à prise en charge au titre du présent contrat.

C. 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.

Elles sont fixées 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^e enfant à charge).

1. Paiement des cotisations

Les garanties du régime optionnel vous sont accordées en contre partie du paiement d'une cotisation annuelle payable soit par vous-même soit par l'employeur en cas de précompte par ce dernier

Cette cotisation, en fonction du choix effectué par votre employeur lors de la souscription du régime de base obligatoire, est payable :

- soit par vous-même ;
- soit par précompte par votre employeur.

a. En cas de paiement des cotisations par vous-même

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

b. En cas de paiement des cotisations par votre employeur

Dans le cas où votre employeur assure le précompte des cotisations, il est seul responsable de leur paiement en totalité.

2. Défaut de paiement des cotisations

a. En cas de paiement des cotisations par vous-même

À 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.

b. En cas de paiement des cotisations par votre employeur

À 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 informe l'employeur des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties. Vous êtes également informé que le défaut de paiement de la cotisation par votre employeur est susceptible d'entraîner la suspension des garanties et la résiliation du contrat, sauf si vous vous substituez à lui pour le paiement des cotisations.

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

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.

D. Terme des garanties

Vous cessez de bénéficier des garanties dans les situations suivantes :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat par votre employeur ou par l'organisme assureur. Toutefois dans ce cas, vous pouvez demander à votre organisme assureur de devenir membre participant à titre individuel ;
- à la date d'effet de la résiliation, par l'organisme assureur, de la couverture facultative des ayants-droit et des garanties optionnelles, en cas de non-paiement de la cotisation correspondante par le membre participant (voir paragraphe : « Défaut de paiement des cotisations par le membre participant ») ;

- à l’expiration du mois au cours duquel votre contrat de travail est rompu, sous réserve du bénéfice du dispositif de la portabilité ;
- à l’expiration du mois au cours duquel vous partez en retraite (sauf cumul emploi-retraite), sous réserve des dispositions relatives à l’article 4 de la Loi ÉVIN ;
- à la date d’effet de votre demande de radiation pour vos ayants droit ;
- à la date d’effet de votre demande de résiliation pour vos garanties optionnelles ;
- en cas de décès du membre participant, à la date du décès, ou le cas échéant à l’expiration de la période de maintien de 12 mois au profit des ayants droit du salarié décédé. La cotisation due est calculée au prorata du nombre de jours couverts avant le décès.

Les garanties cessent également pour les ayants droit à la date à laquelle ils ne répondent plus à la définition prévue à la présente notice d’information

1. Radiation des ayants droit couverts a titre facultatif / résiliation des garanties optionnelles

a. Radiation des ayants droit couverts à titre facultatif :

L’adhésion facultative des ayants droit prend fin en cas de demande de résiliation de votre part, signifiée à l’organisme assureur par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec avis de réception au mois deux mois avant la fin de l’année civile. La radiation prend effet au terme de ce délai de préavis de deux mois (soit le 31 décembre de l’année).

Par dérogation, vous pourrez demander la radiation de vos ayants droit :

- en cas de changement de votre situation familiale dûment justifié (j jugement définitif de divorce, rupture du PACS ou du concubinage, décès d’un ayant droit). La radiation prend effet au plus tôt à la date de l’évènement, sous réserve qu’aucune prestation n’ait été versée ;
- en cas de couverture des ayants droit dans le cadre d’un contrat collectif obligatoire (attestation à fournir). La demande de radiation doit être faite dans les trois mois suivant la mise en place de cette couverture obligatoire. La radiation prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

b. Résiliation de vos garanties optionnelles :

L’affiliation peut être résiliée :

- à votre demande, tous les ans sous réserve du respect d’un préavis de deux mois, avant la date d’échéance (soit le 31 octobre pour une échéance au 31 décembre) ;
- à votre demande, à l’expiration d’une durée minimale de 12 mois à compter de la date de prise d’effet de l’adhésion, vous disposez d’un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que l’organisme assureur en a reçu notification et dont les modalités et restrictions sont définies par la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et ses textes d’application.

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

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

L’organisme assureur attestera par écrit la réception de votre notification.

En cas de changement de situation de famille, vous avez la possibilité de résilier votre affiliation au Contrat, pour les mêmes motifs que ceux lui permettant de s’affilier 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, sous réserve qu'aucune prestation n'ait été versée.

La résiliation vaut tant pour vous que pour ses ayants droit.

Toute demande de résiliation est considérée comme définitive.

Par exception à ce principe et sous réserve que le 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.

c. 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 aux garanties facultatives, adhésion aux régimes optionnels et ou extension à vos ayants-droits en raison de ces modifications.

Annexe III. Tableaux 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 OBLIGATOIRE	BASE + OPTION 1 FACULTATIVE	BASE + OPTION 2 FACULTATIVE
HOSPITALISATION			
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Frais de séjour	200%BR	200%BR	200%BR
Honoraires :			
► signataires DPTM :			
Actes de chirurgie (ADC)	220% BR	220% BR	300% BR
Actes d'anesthésie (ADA)			
Actes d'obstétrique (ACO)			
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
► non signataires DPTM :			
Actes de chirurgie (ADC)	200% BR	200% BR	200% BR
Actes d'anesthésie (ADA)			
Actes d'obstétrique (ACO)			
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
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 : Conventionnée jour / nuit (avec nuitée) Conventionnée de jour (sans nuitée)	100% FR limité à 2% PMSS limité à 1% du PMSS	100% FR limité à 2% PMSS limité à 1% PMSS	100% FR limité à 3% PMSS limité à 1,5% PMSS
Personne accompagnante : Conventionné	100% FR limité à 1,5% PMSS / jour	100% FR limité à 1,5% PMSS / jour	100% FR limité à 3% PMSS / jour
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux :			
► remboursés Ss			
Consultation - visites : Généralistes signataires ou non d'un DPTM	100% BR	100% BR	100% BR
Consultation - visites : Spécialistes signataires d'un DPTM	220% BR	220% BR	220% BR
Consultation - visites : Spécialistes non signataires d'un DPTM	200%BR	200%BR	200% BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) signataires d'un DPTM	170% BR	170% BR	170% BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) non signataires d'un DPTM	150% BR	150% BR	150% BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) signataires d'un DPTM	150%BR	150%BR	170%BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) non signataires d'un DPTM	130%BR	130%BR	150% BR

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 appareillages remboursés Ss (hors dentaires, auditifs et d'optique)	200% BR	200% BR	200% BR
Transport remboursé Ss	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR

AIDES AUDITIVES

Aides auditives remboursées Ss, dans la limite d'un appareil par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'appareil précédent (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment) (****)	Equipements 100 % santé (**)	Equipements Libres (***)	Equipements 100 % santé (**)	Equipements libres (***)	Equipements 100 % santé (**)	Equipements libres (***)
		100% FR dans la limite des PLV	20% PMSS par oreille (au minimum 100 % BR)	100% FR dans la limite des PLV	20% PMSS par oreille (au minimum 100 % BR)	100% FR dans la limite des PLV
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Ss (*)	100% BR		100% BR		100% BR	

(*) 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.

DENTAIRE

Soins Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR				100% BR			100% BR		
Soins prothétiques et prothèses dentaires remboursés par la Ss :	Panier 100% santé	Panier maîtrisé (*)	Panier libre	Panier maîtrisé	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	Dans la limite de 900 € (hors RSS) par an et par bénéficiaire (au-delà, garantie à 125% BR)	100% FR (dans la limite des HLF)	325% BR	Dans la limite de 1 050 € (hors RSS) par an et par bénéficiaire (au-delà, garantie à 125% BR)	100% FR (dans la limite des HLF)	450% BR	Dans la limite de 1 450 € (hors RSS) par an et par bénéficiaire (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'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux) (*)	100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe A (*)	100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV		100 % BR dans la limite des PLV		100 % BR dans la limite des PLV	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100 % BR dans la limite des PLV		100 % BR dans la limite des PLV		100 % BR dans la limite des PLV	
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 antipetite / verres iséconiques)	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique :						
Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)	3% PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)		3% PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)		6,5% PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)	
Chirurgie réfractive	22% PMSS par année civile, par bénéficiaire		22% PMSS par année civile, par bénéficiaire		25% PMSS par année civile, par bénéficiaire	
<p>(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. (**) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. (****) Conditions de renouvellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après. • Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement. • Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement. • Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique. <p>Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance. <p>Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.</p> <p>Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant : <ul style="list-style-type: none"> • Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés. • Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance. 						
ACTES DE PREVENTION						
Actes de prévention définis par la réglementation	100% BR		100% BR		100% BR	
ACTES DIVERS						
Cures thermales acceptées par la Ss	100% BR		100% BR		100% BR	

ABREVIATIONS :

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		Option 1		Option 2	
UNIFOCAUX (montant par verre)	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
sphère de 0 à -/+2	100% FR dans la limite des PLV	35,00 €	100% FR dans la limite des PLV	75,00 €	100% FR dans la limite des PLV	90,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		40,00 €		75,00 €		90,00 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		50,00 €		90,00 €		100,00 €
sphère < -8 ou > +8		100,00 €		125,00 €		130,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% FR dans la limite des PLV	40,00 €	100% FR dans la limite des PLV	85,00 €	100% FR dans la limite des PLV	100,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		45,00 €		85,00 €		100,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		55,00 €		95,00 €		110,00 €
cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S		105,00 €		110,00 €		120,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% FR dans la limite des PLV	55,00 €	100% FR dans la limite des PLV	135,00 €	100% FR dans la limite des PLV	140,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		60,00 €		135,00 €		140,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		70,00 €		140,00 €		150,00 €
cylindre > +4 sphère < -8		120,00 €		150,00 €		160,00 €
MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS (montant par verre)	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
sphère de 0 à -/+2	100% FR dans la limite des PLV	75,00 €	100% FR dans la limite des PLV	160,00 €	100% FR dans la limite des PLV	180,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		80,00 €		160,00 €		180,00 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		90,00 €		175,00 €		200,00 €
sphère < -8 ou > +8		130,00 €		175,00 €		200,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% FR dans la limite des PLV	90,00 €	100% FR dans la limite des PLV	180,00 €	100% FR dans la limite des PLV	210,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		95,00 €		180,00 €		210,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		105,00 €		190,00 €		220,00 €
cylindre ≤ +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < S		145,00 €		200,00 €		230,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% FR dans la limite des PLV	115,00 €	100% FR dans la limite des PLV	180,00 €	100% FR dans la limite des PLV	210,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		120,00 €		180,00 €		210,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		130,00 €		190,00 €		220,00 €
cylindre > +4 sphère < -8		170,00 €		200,00 €		230,00 €
MONTURES ET AUTRES LPP	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
Verre neutre (montant par verre)	100% FR dans la limite des PLV	35,00 €	100% FR dans la limite des PLV	75,00 €	100% FR dans la limite des PLV	90,00 €
Monture (dont supplément pour monture de lunettes à coque, Enfant de moins de 6 ans)		100,00 €		100,00 €		100,00 €

Annexe IV. Attestation de réception de la notice d'information

À REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR

Je soussigné,

Reconnais avoir reçu une notice d'information sur le régime de protection sociale complémentaire Frais de Santé souscrit

par mon employeur:

À Le

Signature :