

Les
t
e
s



Ensemble
du personnel

CONDITIONS GÉNÉRALES

RÉGIME CONVENTIONNEL DE FRAIS DE SANTÉ

Convention Collective Nationale de la Branche de l'Aide,
de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile (BAD)
du 21 mai 2010 et ses avenants



JANVIER 2016



erjeumusos

TITRE I. GÉNÉRALITÉS	4
Article 1. Objet des Conditions Générales	4
Article 2. Gestion du régime	4
Article 3. Adhésion des entreprises	4
Article 4. Affiliation des salariés	5
Article 5. Ayants droit	5
Article 6. Subrogation	6
Article 7. Informatique et libertés	6
Article 8. Notice d'information	6
Article 9. Prescription	7
Article 10. Contrôle	7
Article 11. Révision de la garantie complémentaire santé	7
TITRE II. GARANTIE SANTÉ	8
Article 12. Définition de la garantie santé	8
Article 13. Formules de prestations	8
Article 14. Contrat responsable	8
Article 15. Modalités de calcul des prestations	9
Article 16. Limitation aux frais réels	9
Article 17. Règlement des prestations	9
TITRE III. COTISATIONS	11
Article 18. Paiement des cotisations	11
TITRE IV. MAINTIEN D'ASSURANCE	12
Article 19. Maintien en cas de suspension du contrat de travail du salarié	12
Article 20. Maintien d'assurance dans le cadre de la portabilité des droits	12
Article 21. Maintien d'assurance dans le cadre des sorties Loi Evin: « Régime d'accueil »	13
ANNEXE : TABLEAUX DES GARANTIES	15
Formule « Base Prime »	15
Détail du poste optique: formule « Base Prime »	17
Formule « Confort » (si souscrite par l'assuré)	18
Détail du poste optique: formule « Confort »	20
Formule « Confort + » (si souscrite par l'assuré)	21
Détail du poste optique: formule « Confort + »	23



PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD), ont signé une Convention collective instaurant un régime obligatoire « **Frais de Santé** » au profit de l'ensemble du personnel salarié relevant de la branche de l'aide à domicile, et dont la mise en place est obligatoire depuis le **1^{er} janvier 2012** pour toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de ladite Convention collective de la BAD.

TITRE I. GÉNÉRALITÉS

ARTICLE 1. OBJET DES CONDITIONS GÉNÉRALES

Les présentes Conditions générales ont pour objet de définir les conditions d'adhésion des entreprises relevant de la Convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile du 21 mai 2010 (ci-après désignée « Convention collective de la BAD ») ainsi que les modalités d'affiliation des salariés, au régime de remboursement complémentaire collectif obligatoire des frais de santé établi au sein de la branche.

Elles organisent également la mise en place d'une extension à titre facultatif et individuel aux ayants droit des salariés ainsi que des formules de prestations « confort » et « confort plus » proposées aux salariés, améliorant ainsi les garanties du régime de base obligatoire.

Les présentes Conditions générales ont été établies conformément aux dispositions prévues au Chapitre 2 du Titre VII de la Convention collective de la BAD modifiée en dernier lieu par les avenants 16/2014 et 22/2015 et du contrat d'assurance et de gestion administrative du régime (ci-après désigné « Contrat d'assurance ») signé entre les partenaires sociaux et les quatre organismes assureurs désignés dans la Convention collective de la BAD.

Les Conditions générales prendront effet et auront une durée identique au Contrat d'assurance. Elles seront révisées dans les mêmes termes que le Contrat d'assurance.

ARTICLE 2. GESTION DU RÉGIME

Les partenaires sociaux signataires de la Convention collective de la BAD ont désigné quatre organismes assureurs (ci-après désignés « Organismes Assureurs Désignés » OAD) pour gérer le régime conventionnel de remboursement complémentaire des frais de santé :

- **AG2R RÉUNICA Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE – 104-110, boulevard Haussmann, 75008 Paris – Membre du GIE AG2R RÉUNICA.
- **HUMANIS Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale, Siège social: 29, boulevard Edgar Quinet, 75014 PARIS.
- **MACIF-MUTUALITÉ**, Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité – SIREN N° 779 558 501
Siège social: Carré Haussmann 22/28, rue Joubert, 75435 PARIS cedex 09.
- **MUTEX**, Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Nanterre 529 219 040,
Siège social: 125, avenue de Paris, 92327 CHÂTILLON Cedex.

Agissant pour le compte des mutuelles assureurs et gestionnaires: ADREA Mutuelle, APREVA, EOVI MCD, HARMONIE MUTUELLE, MUT'EST, UMC, MUTUELLE SAINT GERMAIN, SMIRSEP, OCIANE.

Les assureurs désignés sont contrôlés par l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout, 75009 PARIS.

ARTICLE 3. ADHÉSION DES ENTREPRISES

PRINCIPE

Toute entreprise entrant dans le champ d'application de la Convention collective de la BAD est tenue d'adhérer obligatoirement au régime institué au sein de la branche en rejoignant, l'un des quatre OAD, sauf à répondre aux conditions prévues par l'article 29.2 « clause de migration ou antériorité » du Chapitre 2 du Titre VII de la Convention collective de la BAD.

FORMALITÉS D'ADHÉSION

Pour adhérer au régime, chaque entreprise devra retourner à l'OAD qu'elle aura retenu :

- le bulletin d'adhésion, dûment rempli, daté et signé, ce dernier étant fourni préalablement par les OAD à chaque entreprise ;
- un état récapitulatif complet du personnel mentionnant pour chaque salarié les nom, prénom, date de naissance, situation de famille, le cas échéant le nombre d'enfants à charge, le numéro de Sécurité sociale ainsi que la date d'embauche au sein de l'entreprise, en distinguant les salariés dont le contrat de travail est suspendu, avec indication du motif et de la durée de la suspension.

Les mouvements de personnel survenus au cours d'un mois ou trimestre devront être récapitulés à l'appui du bordereau de paiement des cotisations (entrée, sortie, date et motif de départ, changement de situation familiale et date).

EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion implique l'acceptation de toutes les dispositions des présentes Conditions générales.

PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion et vient à échéance le 31 décembre de l'année de sa prise d'effet. Elle est ensuite reconduite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

L'ADHÉSION PREND FIN :

- au 31/12 de l'année lorsque l'entreprise souhaite changer d'organisme assureur désigné. L'entreprise doit informer l'OAD résilié par lettre recommandée, en respectant un délai de préavis de **deux mois** ;
- à la date à laquelle l'entreprise ne rentre plus dans le champ d'application de la Convention collective de la BAD ;

- à la date d'effet de la dénonciation de la Convention collective de la BAD (les présentes Conditions générales lui étant indissociables) ;
- à la date d'effet de la résiliation du Contrat d'assurance.

ARTICLE 4. AFFILIATION DES SALARIÉS

CARACTÈRE OBLIGATOIRE

L'entreprise doit affilier obligatoirement l'ensemble de ses salariés (hormis ceux dispensés d'affiliation dès lors qu'ils ont fait valoir une demande de dispense dans les 30 jours suivants leur embauche ou la mise en place du contrat s'ils sont présents) tels que définis au chapitre 2 « Complémentaire santé » du Titre VII de la Convention collective de la BAD, et ce sous réserve qu'ils soient affiliés au régime général de la Sécurité sociale ou au régime local de la Sécurité sociale (Alsace Moselle).

Par dérogation au caractère obligatoire, peuvent être dispensés d'affiliation au présent régime certains salariés, dans le respect des dispositions d'ordre public et des conditions prévues au chapitre 2 du Titre VII susmentionnées dès lors qu'ils ont fait valoir une demande de dispense dans les 30 jours qui suivent la proposition d'affiliation. Les dispenses d'affiliation prévues ne peuvent en aucun cas être imposées par l'entreprise. Les salariés peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de l'employeur, par écrit, leur affiliation au régime frais de santé de base obligatoire. Dans ce cas, leur affiliation prend effet au plus tôt le 1er jour du mois qui suit la demande. En tout état de cause, ces assurés seront tenus de cotiser et d'adhérer à la couverture frais de santé de base obligatoire lorsqu'ils cesseront de justifier de leur droit à être dispensé d'affiliation.

Chaque salarié dûment affilié, dans les formes prévues ci-après, bénéficiera du régime de remboursement complémentaire des frais de santé.

Il est par ailleurs précisé que les salariés ont la possibilité d'étendre à titre facultatif la garantie à leurs ayants droit.

FORMALITÉ D'AFFILIATION DES SALARIÉS

L'affiliation des salariés se fait au moyen du Bulletin d'Affiliation Individuel (BAI) fourni par l'OAD. Chaque salarié devra compléter et signer ce bulletin qui lui est remis via son entreprise (avec apposition du cachet de l'entreprise sur le BAI) à l'OAD. Le salarié donne son accord ou non à la transmission automatique de ses décomptes par la Sécurité sociale à l'OAD (procédure Noémie).

Ce bulletin comporte les renseignements nécessaires concernant le salarié (nom, prénom, numéro de Sécurité sociale...) et le cas échéant, ses ayants droit.

Ce bulletin devra être retourné accompagné de la photocopie de l'attestation papier d'assuré social qui accompagne la carte VITALE ainsi que toute autre pièce mentionnée au BAI.

L'entreprise doit retourner à l'OAD les bulletins d'affiliation, accompagnés des pièces justificatives correspondantes, au plus tard dans les 15 jours qui suivent la prise d'effet de l'affiliation.

DATE D'EFFET ET CESSATION DE L'AFFILIATION

L'AFFILIATION DES SALARIÉS A LIEU :

- au plus tôt, à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise, pour tous les salariés dont le contrat de travail est en cours à cette même date ;
- à la date d'entrée dans l'effectif de l'entreprise, pour tous les

salariés dont le contrat de travail prend effet postérieurement à l'adhésion de l'entreprise ;

- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions permettant de bénéficier de la dispense d'affiliation au régime.

L'AFFILIATION PREND FIN :

- à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié, à l'exception des personnes en situation de cumul emploi retraite tel que défini dans les textes en vigueur et sauf en cas de maintien d'assurance prévus au Titre IV des présentes Conditions générales ;
- pour l'ensemble des salariés de toutes les entreprises adhérentes, à la prise d'effet de la résiliation du Contrat d'assurance ;
- pour l'ensemble des salariés d'une entreprise adhérente, à la date à laquelle l'entreprise ne relève plus du champ d'application de la Convention collective de la BAD ou à la date de résiliation de son adhésion ;
- à la date d'effet de la dénonciation de la Convention collective de la BAD (les présentes Conditions Générales lui étant indissociables).

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

L'entreprise devra retourner à l'OAD, pour chaque salarié dont l'affiliation prend fin, la carte de tiers payant. A défaut de restitution, les prestations indûment versées seront récupérées par tous moyens auprès des salariés concernés.

EFFETS DE L'AFFILIATION

Le salarié affilié bénéficie du régime de remboursement complémentaire des frais de santé pour lui-même et le cas échéant pour ses ayants droit dans le cas d'une demande d'extension de couverture facultative pour ces derniers.

ARTICLE 5. AYANTS DROIT

ADHÉSION FACULTATIVE

Les ayants droit du salarié peuvent être couverts par une extension facultative au régime complémentaire des frais de santé, souscrite individuellement par chaque salarié, moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire dont le montant est fixé au bulletin d'adhésion.

DÉFINITION DES AYANTS DROIT

SONT CONSIDÉRÉS COMME AYANTS DROIT :

- le conjoint du salarié marié, non séparé de corps judiciairement, à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- à défaut, le partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- à défaut, le concubin du salarié vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le salarié soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union ;
- les enfants à charge du salarié (légitimes, reconnus ou adoptés) ainsi que ceux de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin à condition que le salarié ou son conjoint (au sens large) ait l'enfant en résidence ou s'il s'agit d'enfants du salarié, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent :

- être à charge au sens de la législation sociale,
- ou, s'ils sont âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans :
 - poursuivre leurs études et être inscrits à ce titre au régime de Sécurité sociale des étudiants (articles L.381-3 et suivants du Code de la Sécurité sociale) ;
 - ou, être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle emploi ;
 - ou, être sous contrat de formation en alternance (contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation...) ;
 - ou, lorsqu'ils se livrent à une activité rémunérée, que celle-ci leur procure un revenu inférieur au revenu de solidarité active (RSA) mensuel versé aux personnes sans activité.
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles (taux d'incapacité permanente au moins égale à 80 % ou personne classée en 3e catégorie de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale).

FORMALITÉS D'ADHÉSION

Les ayants droit sont admis à l'assurance au moyen du bulletin d'affiliation préalablement renseigné et signé par le salarié, lequel est transmis à l'OAD.

Le salarié devra, par ailleurs, s'agissant des ayants droit assurés sociaux en propre, fournir à l'OAD la photocopie de l'attestation papier d'assuré social qui accompagne la carte VITALE et, selon le cas :

- s'agissant du conjoint marié : la copie du livret de famille,
- s'agissant du partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS) : la photocopie dudit PACS,
- s'agissant du concubin : l'attestation sur l'honneur de vie commune ainsi que les deux derniers avis d'imposition,
- s'agissant des enfants : le justificatif de scolarité ou la copie de la carte d'étudiant et le cas échéant, la photocopie du contrat de formation en alternance ou l'attestation d'inscription au Pôle emploi,
- s'agissant des enfants infirmes et de ce quel que soit leur âge : la photocopie de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles.

Pour les ayants droit à charge au sens de la Sécurité sociale, la photocopie de l'attestation papier d'assuré social du salarié qui accompagne la carte VITALE, préalablement transmise par le salarié lors de son affiliation, est suffisante.

DATE D'EFFET ET CESSATION DE L'ADHÉSION DES AYANTS DROIT

Les ayants droit bénéficient du régime de remboursement complémentaire des frais de santé :

- au plus tôt, à la même date d'affiliation que le salarié lorsque ce dernier a exprimé son choix d'étendre la garantie à ses ayants droit ;
- à défaut, au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'OAD de la demande d'extension lorsque cette dernière est effectuée à une date d'affiliation différente de celle du salarié.

LA COUVERTURE DE L'AYANT DROIT PREND FIN :

- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le salarié aura dénoncé l'extension de la garantie du ou des ayant droit par lettre recommandée adressée à l'OAD au moins deux mois avant la date d'échéance de l'adhésion. Toute nouvelle adhésion de la ou des personne(s) concernée(s) ne sera possible qu'à l'issue d'un délai de deux ans après la prise d'effet de la dénonciation (sauf changements de situation de famille ou professionnelle tels que définis à l'article 13) ;

- au 1^{er} jour du mois qui suit l'affiliation du ou des ayants droit à une couverture complémentaire frais de santé obligatoire ;
- à la date à laquelle l'ayant droit perd cette qualité ;
- et en tout état de cause, le jour où le salarié cesse de bénéficier du régime ;
- en cas de non-paiement des cotisations (selon les modalités définies à l'article 18).

NIVEAU DE COUVERTURE DES AYANTS DROIT

En tout état de cause, les ayants droit bénéficient du même niveau de couverture complémentaire frais de santé que celui auquel est affilié le salarié.

ARTICLE 6. SUBROGATION

Les OAD sont subrogés de plein droit aux bénéficiaires (salarié et/ou ayants droit), victimes d'un accident, dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées, conformément aux dispositions légales.

ARTICLE 7. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations concernant le salarié ainsi que ses ayants droit sont utilisées conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, complétée par la loi du 6 août 2004 relative à « la protection des données à caractère personnel ».

Les données sont exclusivement communiquées aux différents services des OAD et le cas échéant, à leurs mandataires et gestionnaires concernés.

Conformément aux dispositions légales, le salarié ou le cas échéant ses ayants droit, dispose(nt) d'un droit d'opposition fondé sur des motifs légitimes ; d'un droit d'accès et de communication ; d'un droit de rectification avec possibilité de compléter, mettre à jour ou verrouiller ; d'un droit de modification et de suppression des données le concernant.

L'assuré peut exercer ultérieurement ses droits pour les données à caractère personnel le (les) concernant en s'adressant au service compétent de chaque OAD. Les coordonnées figurent sur le bulletin d'affiliation.

ARTICLE 8. NOTICE D'INFORMATION

Les OAD établissent et mettent à jour la notice d'information qui définit la garantie complémentaire des frais de santé, ses modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de dépenses de santé engagées.

La notice d'information sera transmise par l'OAD à chaque entreprise, dès signature du bulletin d'adhésion.

L'entreprise est légalement tenue :

- de remettre aux salariés affiliés la notice d'information (sauf ceux dispensés) ;
- d'informer les salariés de toutes modifications apportées à leurs droits et obligations, par la remise d'un additif ou de la mise à jour de la notice d'information.

Toute modification sera opposable au salarié après information et remise de la notice d'information modifiée ou d'un additif.

ARTICLE 9. PRESCRIPTION

Toute action dérivant des présentes Conditions générales est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

TOUTEFOIS, CE DÉLAI NE COURT :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'OAD en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent, de l'assuré, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'OAD 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 l'adhérent, l'assuré, le bénéficiaire 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 prévues par les articles 2240 et suivants du code civil, par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'OAD à l'assuré, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 10. CONTRÔLE

Les déclarations faites, tant par l'entreprise que par le salarié, servent de base à la garantie.

L'OAD se réserve, toutefois, la possibilité de vérifier les données communiquées et/ou les documents produits par l'entreprise ou le salarié, tant à l'occasion de l'adhésion de l'entreprise, de l'affiliation du salarié et de ses ayants droit, du versement des cotisations qu'au moment de l'ouverture des droits à prestations.

ARTICLE 11. RÉVISION DE LA GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Le régime de remboursement complémentaire des frais de santé est établi sur la base de la législation et de la réglementation de la Sécurité sociale en vigueur au moment de la prise d'effet des Conditions générales. Il sera revu sans délai en cas de changement de ces textes.

Tant qu'un accord n'est pas intervenu entre les partenaires sociaux de la Branche et les quatre OAD, les conditions de l'assurance (formules de prestations et montant des cotisations) sont maintenues sur les bases en vigueur avant lesdites modifications.

Toute modification qui pourrait résulter des décisions prises par les partenaires sociaux, formalisée par voie d'avenant au Contrat d'assurance ainsi qu'aux présentes Conditions générales, s'applique de plein droit à la date d'effet prévue par ledit avenant. Elle sera opposable après information et remise à l'entreprise des Conditions générales modifiées ou d'un avenant aux précédentes.

TITRE II. GARANTIE SANTÉ

ARTICLE 12. DÉFINITION DE LA GARANTIE SANTÉ

Les frais médicaux remboursés par le régime sont ceux qui ouvrent droit à prise en charge par la Sécurité sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail/maladie professionnelle » et « maternité ».

L'OAD complète pour les différents postes décrits en annexe l'indemnisation effectuée par la Sécurité sociale.

Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale ne donneront lieu à aucun remboursement, sauf dérogations indiquées dans les tableaux de formules de prestations.

Donnent droit à remboursement, les frais médicaux engagés par le salarié et le cas échéant par ses ayants droit pour lesquels l'extension de couverture a été demandée.

Seuls les actes dont le fait générateur et la date de soins sont postérieurs à la date d'affiliation du salarié (le cas échéant à la date d'adhésion des ayants droit) et antérieurs à la date de cessation des garanties, peuvent donner lieu à indemnisation.

La date retenue concernant la date de soins est celle utilisée par le régime obligatoire pour procéder au remboursement de la part obligatoire de la Sécurité sociale, à défaut la date mentionnée sur la facture **délivrée par le professionnel de santé pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale (conformément aux dérogations indiquées aux tableaux de garanties).**

ARTICLE 13. FORMULES DE PRESTATIONS

Trois formules de prestations sont proposées, à savoir :

- Base prime
- Confort
- Confort Plus

Le salarié est affilié de plein droit à la formule « Base prime », régime obligatoire pour lequel l'employeur participe financièrement. Il peut opter pour un niveau supérieur de couverture en adhérant aux formules « Confort » ou « Confort Plus ».

Dans ce cas, l'adhésion à l'une de ces formules prend effet :

- au plus tôt, à la date d'affiliation au régime obligatoire lorsque la demande est faite concomitamment ;
- à défaut, au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'OAD de la demande d'extension de couverture.

Le détail de chaque formule figure en annexe des présentes Conditions générales.

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire de 18 euros acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux, prévue au I de l'article L.322-8 du code de la Sécurité sociale.

Chaque salarié retient une formule de prestations au moment de son affiliation. Cette formule vaut tant pour le salarié que pour ses ayants droit dès lors que la garantie leur est étendue.

Les prestations incluent les versements de la Sécurité sociale, et le cas échéant, si les formules « Confort » ou « Confort Plus » ont été souscrites, ceux du régime « Base prime ».

> Changement de formule de prestations

L'assuré peut changer de formule de prestations au 1er janvier de chaque année, sous réserve qu'il en fasse la demande au moins trois mois avant la fin de l'année civile par lettre recommandée avec accusé 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, signature d'un Pacte Civil de Solidarité, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint, du concubin, du partenaire pacsé ou d'un enfant...) ou encore en cas de changement de situation professionnelle (embauche, licenciement, changement de statut...). Le changement interviendra dans ces cas le premier jour du trimestre civil suivant la demande.

Toute modification de formule de prestations concernera l'ensemble des personnes assurées.

ARTICLE 14. CONTRAT RESPONSABLE

Le régime défini dans la Convention collective de la BAD, repris dans les présentes Conditions générales, est « responsable » selon les dispositions des articles, L.871-1, R.871-1 et 2 du Code de la Sécurité sociale.

LE RÉGIME NE PREND PAS EN CHARGE :

- Conformément à l'article L.160-13 II du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par le Bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale.
- Conformément à l'article L.160-13 III, la franchise applicable pour certains frais relatifs aux médicaments mentionnés aux articles L.5111-2, L.5121-1 et L.5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé et transports mentionnés au 2° de l'article L.160-8 du Code de la Sécurité sociale).
- Conformément à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par le

bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.

- La majoration de la participation supportée par le bénéficiaire et les ayants droit sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L.1111-15 du code de la santé publique (accès au dossier Médical Personnel).
- Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

ARTICLE 15. MODALITÉS DE CALCUL DES PRESTATIONS

MONTANTS RETENUS

PRESTATION EXPRIMÉE EN POURCENTAGE DU PLAFOND DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

MONTANTS DES FRAIS RÉELS RETENUS

Les montants des frais réellement engagés retenus par l'organisme assureur 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.

PHARMACIE

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de Sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par l'Organisme Assureur se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

MATERNITÉ

En cas de maternité de l'assurée, de l'épouse non divorcée ou non séparée de corps judiciairement, de la concubine ou de la partenaire liée par un PACS de l'assuré si celle-ci est ayant droit, la garantie prévue au risque hospitalisation chirurgicale s'applique dans l'hypothèse d'une intervention chirurgicale (césarienne).

Les soins et frais indemnisés au titre de la législation « maternité » sont ceux intervenant durant la période de maternité telle que définie par la Sécurité sociale.

DISPOSITION SPÉCIALE POUR LES DÉPARTEMENTS DU BAS-RHIN, DU HAUT-RHIN ET DE LA MOSELLE

Si le contrat est souscrit au profit de salariés relevant du Régime local Alsace Moselle, l'OAD tient compte des dispositions spécifiques prévues par le Code de la Sécurité sociale pour cette zone géographique.

CALCUL DES PRESTATIONS EN SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

Pour les actes et frais engagés dans le cadre du secteur non conventionné, les OAD calculeront les prestations complémentaires sur la base du tarif d'autorité pratiqué par la Sécurité sociale.

ARTICLE 16. LIMITATION AUX FRAIS RÉELS

La participation de l'OAD ne peut en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à la charge du bénéficiaire après remboursement du régime de base de la Sécurité sociale, et/ou d'éventuels autres contrats complémentaires frais de santé. Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité sociale, également au titre de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et au titre du présent régime détaillé aux Conditions générales.

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, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Pour l'application des dispositions ci-dessus, l'OAD se réserve la possibilité de demander la justification des frais. Il peut aussi demander communication des règlements effectués au même titre par application de tout autre régime de complémentaire santé ou contrat d'assurance dont bénéficieraient les intéressés.

ARTICLE 17. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

LES PRESTATIONS SONT REMBOURSÉES :

- soit par échange NOEMIE (télétransmission avec la Sécurité sociale), sauf opposition écrite du bénéficiaire,
- soit sur présentation du décompte original établi par la Sécurité sociale.

Les prestations sont versées soit directement aux assurés, soit aux professionnels de santé pour les assurés ayant bénéficié de la télétransmission NOEMIE.

Dans le cadre de l'échange NOEMIE avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'assuré, aucune démarche particulière n'est à effectuer. Toutefois, le remboursement de certains actes énoncés ci-après est conditionné à la présentation des factures. Dans ces cas, les justificatifs suivants sont à fournir par l'assuré à l'organisme gestionnaire.

Il pourra être demandé à l'assuré de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par l'organisme assureur ou produit spontanément par l'assuré, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'organisme assureur peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme assureur.

Les prestations sont servies à réception des décomptes originaux de la Sécurité sociale, accompagnés le cas échéant des pièces justificatives.

NATURE DES FRAIS	PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR
Hospitalisation médicale ou chirurgicale	<ul style="list-style-type: none"> - si absence de prise en charge par échange Noemie et/ou tiers payant: factures originales détaillées et décomptes originaux de la Sécurité sociale. - bordereau de facturation ou avis des sommes à payer acquittées. <p>Dans le cas de dépassements d'honoraires, ces derniers sont traités via l'analyse et l'enregistrement de ces documents.</p>
Dentaire	<ul style="list-style-type: none"> - factures originales détaillées et codifiées (nature des actes effectués) et décomptes originaux de la Sécurité sociale.
Optique	<p>HORS TIERS-PAYANT</p> <ul style="list-style-type: none"> - factures originales détaillées et décomptes originaux de la Sécurité sociale. - cas des lentilles non remboursées par la Sécurité sociale: copie de l'ordonnance et facture acquittée. <p>Dans tous les cas, en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, l'assuré doit fournir une nouvelle prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction. Il doit également transmettre à l'OAD, la prescription médicale de l'équipement précédent ou tout document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.</p>
Vaccin anti grippe/ pilules et patchs contraceptifs	<ul style="list-style-type: none"> - la prescription ou la copie de l'ordonnance et les factures originales détaillées du pharmacien, datées et acquittées.
Maternité-Adoption d'un enfant de moins de 16 ans	<ul style="list-style-type: none"> - un original de l'acte de naissance ou d'adoption de l'enfant ou une photocopie de ce document ou du livret de famille délivré par la mairie et certifié sincère par l'assuré.
Cure thermale	<ul style="list-style-type: none"> - factures originales détaillées de l'établissement thermal et décomptes originaux de la Sécurité sociale.

TITRE III. COTISATIONS

ARTICLE 18. PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont forfaitaires et mensuelles. Tout mois commencé donne lieu au paiement de la totalité de la cotisation.

RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE

Les cotisations de la formule « Base prime » obligatoire pour le salarié, sont appelées trimestriellement à terme échu auprès de l'entreprise par l'OAD dont elle relève. La quote-part du salarié dans le financement de cette formule de prestations est précomptée sur le salaire par l'entreprise.

L'entreprise est seule responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur les salaires des salariés.

En cas de non-paiement de la cotisation de la formule « Base prime » dans un délai de 30 jours après son échéance, l'entreprise défaillante est mise en demeure par lettre recommandée avec accusé réception d'effectuer son règlement. Si la mise en demeure reste infructueuse, l'OAD peut en poursuivre le recouvrement par tout moyen. Les salariés de l'entreprise considérée restent affiliés au régime et continuent à bénéficier des garanties.

RÉGIMES FACULTATIFS ET EXTENSION FACULTATIVE AUX AYANTS DROIT

Les cotisations sont à la charge exclusive de l'assuré ou du bénéficiaire.

Les cotisations des formules « Confort », « Confort Plus », de l'extension de la garantie santé aux ayants droit et du « régime d'accueil » (cf. article 21 ci-après) sont prélevées mensuellement ou trimestriellement d'avance, au choix de l'assuré ou du bénéficiaire (ayant droit de l'assuré décédé) sur le compte bancaire de ce dernier.

En cas de non-paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'OAD adresse une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception à l'assuré ou ayant droit de l'assuré décédé défaillant l'informant des conséquences du non-paiement. Si quarante jours plus tard, la cotisation n'est toujours pas payée, l'OAD informe l'assuré de la cessation automatique de sa garantie et de son exclusion du régime facultatif.

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.



TITRE IV.

MAINTIEN D'ASSURANCE

ARTICLE 19. MAINTIEN EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL DU SALARIÉ

Le bénéfice du présent régime est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu. Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

La suspension intervient à la date de suspension du contrat de travail et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré.

TOUTEFOIS, LES GARANTIES DU PRÉSENT RÉGIME :

- Sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien de salaire (total ou partiel) ou d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle. L'employeur continue d'appeler et de verser la cotisation correspondant au régime « Base prime » et le cas échéant le salarié s'acquittera de la cotisation des régimes « Confort », « Confort Plus » ainsi que de celle relative à l'extension de la garantie aux ayants droit.
- Peuvent être maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail a été suspendu sans maintien de rémunération (notamment congé parental d'éducation, congé sabbatique...). Ils doivent en faire la demande expressément auprès de l'OAD dans les deux mois suivant la prise d'effet des présentes Conditions générales ou de la date de suspension du contrat de travail si elle est postérieure. **Le dépassement de ce délai entraîne la forclusion définitive pendant la période de suspension du contrat de travail.**

Le maintien de la garantie prend effet au plus tôt le premier jour de la suspension du contrat de travail et au plus tard le 1^{er} jour du mois suivant la demande.

L'intéressé bénéficie alors de la même couverture (pour lui et ses ayants droit le cas échéant). Les conditions tarifaires seront celles qui s'appliquent au moment de la demande. La cotisation, à sa charge intégrale, doit être réglée directement auprès de l'OAD.

Le maintien de garantie cesse au plus tard (pour lui-même et ses ayants droit éventuels) :

- à la date de fin de suspension du contrat de travail, date à laquelle le salarié bénéficie à nouveau du régime de complémentaire santé en qualité de salarié en activité,
- à la date de rupture du contrat de travail (sauf cas évoqué à l'article 20),

- à l'issue de la procédure en cas de non-paiement des cotisations telle que définie à l'article 18 ci-dessus,
- à la date de liquidation de la pension de retraite de la Sécurité sociale, sauf cas de cumul emploi retraite prévu par la législation en vigueur,
- à la date d'effet de la résiliation de son adhésion par l'employeur ou du contrat d'assurance,
- et en tout état de cause, à la date du décès du salarié.

ARTICLE 20. MAINTIEN D'ASSURANCE DANS LE CADRE DE LA PORTABILITÉ DES DROITS

En application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, est maintenue aux anciens salariés bénéficiaires du régime frais de santé la couverture obligatoire « Base prime », ouvrant droit à prise en charge par Pôle Emploi, et ce dans les conditions définies ci-après.

BÉNÉFICIAIRES DE LA PORTABILITÉ

BÉNÉFICIAIRE DU MAINTIEN DES GARANTIES, LES ANCIENS SALARIÉS :

- dont le contrat de travail est rompu : l'ensemble des motifs de cessation du contrat de travail sont admis (licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l'assurance chômage, convention de reclassement personnalisé notamment) **à l'exception du licenciement pour faute lourde ;**
- justifiant auprès de l'Organisme Assureur leur prise en charge par le régime d'assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;
- et dont les droits à prestation ont été ouverts chez l'entreprise souscriptrice avant la cessation du contrat de travail.

PRISE D'EFFET, DURÉE ET MODALITÉS DU MAINTIEN DE LA COUVERTURE

DATE D'EFFET

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

DURÉE

L'ancien salarié bénéficie de ce maintien des garanties pendant une durée égale à la période d'indemnisation du 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 même employeur. **Cette durée est appréciée en mois entier ou le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois de couverture.**

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

CESSATION DE MAINTIEN DES DROITS

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, liquidation de la pension de retraite de base, notamment) ou dès lors que le salarié n'apporte plus la preuve qu'il bénéficie de cette indemnisation ;
- en cas de résiliation du contrat collectif, à la date d'effet de la résiliation, sous réserve des dispositions prévues à l'article traitant de la résiliation du contrat d'adhésion de la structure ;
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre à la portabilité 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'assuré.

FORMALITÉS DE DÉCLARATION

L'employeur doit :

- signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail de l'ancien salarié, et
- informer l'Organisme Assureur de la sortie du salarié des effectifs (date et motif du départ).

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'Organisme Assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions énoncées à l'article ci-dessus et notamment de son indemnisation par le régime d'assurance chômage, s'il souhaite bénéficier du maintien des garanties.

L'ancien salarié bénéficiaire du maintien des garanties s'engage à cet égard à informer l'Organisme Assureur de toute modification de sa situation et notamment de la reprise d'une activité professionnelle et/ou de cessation d'indemnisation par l'assurance chômage.

FINANCEMENT DU MAINTIEN DE COUVERTURE

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation, intégré aux cotisations du contrat. A ce titre, les salariés bénéficiaires du dispositif n'auront aucune cotisation supplémentaire à acquitter.

GARANTIES ET PRESTATIONS MAINTENUES

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

En cas de changement d'organisme assureur, les bénéficiaires du dispositif portabilité sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel assureur.

ARTICLE 21 : MAINTIEN D'ASSURANCE DANS LE CADRE DES SORTIES LOI EVIN : « RÉGIME D'ACCUEIL »

Les partenaires sociaux signataires de la Convention collective de la BAD ont institué un « régime d'accueil » qui propose le maintien du régime de remboursement complémentaire des frais de santé aux ayants droit du salarié décédé et, sous certaines conditions, aux salariés dont le contrat de travail est rompu.

La formule de prestations maintenue est celle dont bénéficiait le salarié à la rupture de son contrat de travail.

Le maintien de la garantie est accordé sans examen, sans questionnaire médical et sans délai de carence ou période de stage.

AYANTS DROIT D'UN SALARIÉ DÉCÉDÉ

L'assurance est maintenue à titre gratuit pendant un an, aux ayants droit d'un salarié décédé bénéficiaires du régime de remboursement complémentaire des frais de santé au jour du décès du salarié.

Les ayants droit devront en faire la demande et remplir un bulletin d'adhésion. Cette demande doit être effectuée auprès de l'OAD au plus tard dans les 6 mois suivant le décès du salarié. **Le dépassement de ce délai entraîne la forclusion définitive.**

L'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture aux ayants droit de l'assuré décédé, au plus tard dans un délai de 2 mois à compter de la date du décès de l'assuré.

Le maintien à titre gratuit prend effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit le décès du salarié et au plus tard le lendemain de la réception de la demande.

Au-delà de cette période de maintien d'un an à titre gratuit, le maintien d'assurance aux ayants droits s'effectue en contrepartie du paiement de la cotisation correspondante. Ce nouveau maintien prend effet le premier jour du mois qui suit la demande.

Le maintien de la garantie cesse au plus tard :

- à l'issue de la procédure en cas de non-paiement des cotisations telle que définie à l'article 18 ci-dessus,
- à la date de dénonciation de l'adhésion individuelle par l'ayant droit de l'assuré décédé, opérée par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au moins deux mois avant la fin de l'année civile,
- à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance,
- et en tout état de cause, au décès de(s) ayant(s) droit de l'assuré décédé.

SALARIÉS PARTANT EN RETRAITE, ANCIENS SALARIÉS PRIVÉS D'EMPLOI ET BÉNÉFICIAIRE D'UN REVENU DE REMPLACEMENT (NOTAMMENT ALLOCATIONS CHÔMAGE OU PRÉRETRAITE), ANCIENS SALARIÉS EN ÉTAT D'INVALIDITÉ OU D'INCAPACITÉ PERMANENTE

Ces anciens salariés peuvent, s'ils le souhaitent, bénéficier du maintien du régime de remboursement complémentaire des frais de santé conformément aux dispositions de la Loi Evin, en contrepartie du paiement de la cotisation spécifique.

Ces anciens salariés devront en faire la demande et remplir un bulletin d'adhésion. La demande doit être effectuée par les intéressés auprès de l'OAD au plus tard dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou le cas échéant dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils ont bénéficié à titre temporaire du maintien de la garantie santé au titre de la portabilité des droits. **Le dépassement de ce délai entraîne la forclusion définitive.**

Les prestations maintenues seront identiques à celles prévues par le régime frais de santé au profit des salariés.

L'organisme assureur doit adresser la proposition de maintien de la couverture dans le cadre de l'article 4 Loi Evin aux anciens salariés remplissant les conditions pour en bénéficier au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au titre de la portabilité, ceci sous réserve que

l'entreprise l'ait informé de l'évènement ouvrant droit au bénéfice du dispositif.

Le maintien de la garantie cesse au plus tard :

- Pour l'ancien salarié retraité :
 - à l'issue de la procédure en cas de non-paiement des cotisations telle que définie à l'article 18 ci-dessus,
 - à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance,
 - et en tout état de cause, au décès de l'ancien salarié bénéficiaire d'une pension de retraite.
- Pour l'ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité, d'invalidité ou d'un revenu de remplacement :
 - à l'issue de la procédure en cas de non-paiement des cotisations telle que définie à l'article 18 ci-dessus,
 - à la date à laquelle l'assuré ne bénéficie plus de rente d'incapacité ou d'invalidité ou du revenu de remplacement ayant ouvert droit au maintien de la garantie,
 - à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance,
 - et en tout état de cause, au décès de l'ancien salarié.

Dans tous les cas, la garantie cesse à la date de résiliation de l'adhésion individuelle par l'assuré, opérée par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au moins deux mois avant la fin de l'année civile.

La résiliation de l'adhésion est définitive et vaut tant pour l'assuré que pour ses ayants droit.

ANNEXE

TABLEAU DES GARANTIES

FORMULE « BASE PRIME »

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES INCLUANT LE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾		
	SECTEUR CONVENTIONNÉ	SECTEUR NON CONVENTIONNÉ	
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ			
Frais de séjour pris en charge par la Ss	150 % BR	80 % FR limités à 150 % BR	
Actes de Chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Actes d'obstétrique (ACO)	150 % BR (médecins adhérents au CAS) 130 % BR (médecins non adhérents au CAS)	80 % FR limités à 150 % BR (médecins adhérents au CAS) 80 % FR limités à 130 % BR (médecins non adhérents au CAS)	
Chambre particulière hors maternité limitée à 1 an	1,5 % du PMSS par jour		
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	Néant		
Transport remboursé par la Ss	100 % de la BR		
Forfait hospitalier engagé	100 % des frais réels limités au forfait réglementaire en vigueur		
ACTES MÉDICAUX REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Généralistes (consultations et visites)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)	80 % FR limités à 100% BR	
Spécialistes (consultations et visites)	150 % BR (médecins adhérents au CAS) 130 % BR (médecins non adhérents au CAS)		
Hors parcours de soins (généralistes et spécialistes)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)		
Actes de chirurgie (ADC), Actes techniques médicaux (ATM)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)		
Actes d'imagerie médicale (ADI), Actes d'échographie (ADE)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)		
Auxiliaires médicaux	100 % BR		
Analyses et examens de biologie	100 % BR		
Actes médicaux > 120 €	18 €		
ACTES MÉDICAUX NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Densitométrie osseuse	Néant		
Chirurgie réfractive (myopie)	Crédit de 200 €/année civile/œil		
PHARMACIE REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Pharmacie	100 % BR		
PHARMACIE NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Vaccins anti-grippe	100 % FR		
Contraception prescrite	Crédit de 2,5% PMSS/année civile		
Sevrage tabagique	Néant		
DENTAIRE REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Soins dentaires (hors inlay et onlay)	100 % BR		
Inlay simple et onlay et soins avec dépassement	110 % BR		
Prothèses dentaires remboursées Ss (incisives, canines, prémolaires)	300 % BR		
Prothèses dentaires remboursées Ss (molaires – dents de fond de bouche)	200 % BR		

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES INCLUANT LE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	
	SECTEUR CONVENTIONNÉ	SECTEUR NON CONVENTIONNÉ
Inlay et inlay core avec et sans clavette		125 % BR
Orthodontie acceptée Ss		275 % BR
DENTAIRE NON REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Parodontologie		
Prothèses dentaires non remboursées Ss		Néant
Orthodontie refusée Ss		
Implant dentaire		
ORTHOPÉDIE/AUTRES PROTHÈSES REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Prothèses auditives (y compris piles)		100 % BR + crédit de 5 % PMSS/année civile
Orthopédie et autres prothèses (hors prothèses auditives et dentaires)		100 % BR
OPTIQUE		
<p><i>Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement (sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée*). Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique.</i></p> <p><i>* La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à un an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'art. R.165 – 1 du code SS. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.</i></p>		
Monture adulte		RSS + forfait de 90 €
Monture enfant		RSS + forfait de 50 €
Verres		RSS + montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction du type de verre ⁽²⁾
Lentilles acceptées par la Ss		Forfait de 2 % PMSS (au minimum 100% de la BR)
Lentilles refusées par la Ss (y compris lentilles jetables)		Crédit annuel de 2 % PMSS/année civile
CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Frais de traitement et honoraires		100 % BR
Frais de voyage et d'hébergement		Néant
MATERNITÉ		
Naissance d'un enfant déclaré		Forfait 5% PMSS
Chambre particulière maternité		2% PMSS/jour (dans la limite de 6 jours)
ACTES HORS NOMENCLATURE		
Ostéopathie (intervention dans le cadre d'un praticien inscrit auprès d'une association agréée)		Néant
ACTES DE PRÉVENTION VISÉS PAR L'ARRÊTÉ DU 8.06.2006		
Ensemble des actes de prévention ⁽³⁾		100 % BR

Tableau de garanties en l'état des codifications de la Ss, non exhaustif et susceptible d'être adapté afin de respecter les obligations issues des contrats responsables.

Les postes exprimés en crédit annuel s'entendent par année civile.

(1) Dans la limite des frais réels dûment justifiés, engagés par le bénéficiaire.

(2) Détail du poste optique, page suivante.

(3) Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant 14 ans/Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum/Premier bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour un enfant de moins de 14 ans/Dépistage de l'hépatite B/Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants:

a) Audiométrie tonale ou vocale; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie; c) Audiométrie vocale dans le bruit; d) Audiométrie tonale et vocale; e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie/Ostéodensitométrie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans/Vaccinations suivantes, seules ou combinées: a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite: tous âges; b) Coqueluche: avant 14 ans; c) Hépatite B: avant 14 ans; d) BCG: avant 6 ans; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant; f) Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

SS = Sécurité sociale; **BR** = Base de Remboursement de la Sécurité sociale; **RSS** = Remboursement Sécurité sociale; **FR** = Frais Réels;

€ = euros; **PMSS** = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale; **CAS** = Contrat d'Accès aux Soins par la Convention nationale médicale (avenant n° 8).

DÉTAIL DU POSTE OPTIQUE/ FORMULE « BASE PRIME »

ADULTE (> OU = 18 ANS)				
CODE LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHERE	MONTANT EN € PAR VERRE
2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	50,00 €
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75,00 €
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	95,00 €
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	55,00 €
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté			< à -6 et > à +6	90,00 €
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION	Cylindre > à 4	de -6 à +6	100,00 €
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< à -6 et > à +6	110,00 €
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	120,00 €
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	130,00 €
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	130,00 €
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	140,00 €

ENFANT (<18 ANS)				
CODE LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHERE	MONTANT EN € PAR VERRE
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	40,00 €
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75,00 €
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	85,00 €
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	45,00 €
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté			< à -6 et > à +6	80,00 €
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION	Cylindre > à 4	de -6 à +6	90,00 €
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à -6 et > à +6	100,00 €
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	110,00 €
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	120,00 €
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	120,00 €
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	130,00 €

LPP = Liste des Produits et Prestations.

FORMULE « CONFORT »

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES INCLUANT LE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET LE RÉGIME BASE PRIME ⁽¹⁾	
	SECTEUR CONVENTIONNÉ	SECTEUR NON CONVENTIONNÉ
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ		
Frais de séjour pris en charge par la Ss	250 % BR	80 % FR limités à 250 % BR
Actes de Chirurgie (ADC)	175 % BR (médecins adhérents au CAS)	80 % FR limités à 175 % BR (médecins adhérents au CAS)
Actes d'anesthésie (ADA)	155 % BR (médecins non adhérents au CAS)	80 % FR limités à 155 % BR (médecins non adhérents au CAS)
Actes techniques médicaux (ATM)		
Actes d'obstétrique (ACO)		
Chambre particulière hors maternité limitée à 1an	2,5 % PMSS/jour	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	2 % PMSS/jour	
Transport remboursé par la Ss	100 % BR	
Forfait hospitalier engagé	100 % des frais réels limités au forfait réglementaire en vigueur	
ACTES MÉDICAUX REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Généralistes (consultations et visites)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)	80 % FR limités à 100 % BR
Spécialistes (consultations et visites)	175 % BR (médecins adhérents au CAS) 155 % BR (médecins non adhérents au CAS)	
Hors parcours de soins (généralistes et spécialistes)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)	
Actes de chirurgie (ADC), Actes techniques médicaux (ATM)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)	
Actes d'imagerie médicale (ADI), Actes d'échographie (ADE)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)	
Auxiliaires médicaux	100 % BR	
Analyses et examens de biologie	100 % BR	
Actes médicaux > 120 €	18 €	
ACTES MÉDICAUX NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Densitométrie osseuse	Néant	
Chirurgie réfractive (myopie)	Crédit de 300 €/année civile/œil	
PHARMACIE REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Pharmacie	100 % BR	
PHARMACIE NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Vaccins anti-grippe	100 % FR	
Contraception prescrite	Crédit 2,5% PMSS/année civile	
Sevrage tabagique	Néant	
DENTAIRE REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Soins dentaires (hors inlay et onlay)	100 % BR	
Inlay simple et onlay et soins avec dépassement	130 % BR	
Prothèses dentaires remboursées Ss (incisives, canines, prémolaires)	350 % BR	
Prothèses dentaires remboursées Ss (molaires – dents de fond de bouche)	250 % BR	
Inlay et inlay core avec et sans clavette	130 % BR	
Orthodontie acceptée Ss	300 % BR	
DENTAIRE NON REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Parodontologie ⁽²⁾	Crédit de 300 €/année civile	
Prothèses dentaires non remboursées Ss ⁽³⁾		
Orthodontie refusée Ss		
Implant dentaire	Néant	

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES INCLUANT LE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET LE RÉGIME BASE PRIME ⁽¹⁾	
	SECTEUR CONVENTIONNÉ	SECTEUR NON CONVENTIONNÉ
ORTHOPÉDIE/AUTRES PROTHÈSES REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Prothèses auditives (y compris piles)	100 % BR + crédit de 15 % PMSS/année civile	
Orthopédie et autres prothèses (hors prothèses auditives et dentaires)	100 % BR	
OPTIQUE		
<p><i>Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement (sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée*). Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique.</i></p> <p>* La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à un an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'art. R.165 - 1 du code SS. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.</p>		
Monture adulte	RSS + forfait de 115 €	
Monture enfant	RSS + forfait de 75 €	
Verres	RSS + montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction du type de verre ⁽⁴⁾	
Lentilles acceptées par la Ss	Forfait de 3 % PMSS (au minimum 100% de la BR)	
Lentilles refusées par la Ss (y compris lentilles jetables)	Crédit annuel de 3 % PMSS/année civile	
CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
Frais de voyage et d'hébergement	Forfait 10 % PMSS	
MATERNITÉ		
Naissance d'un enfant déclaré	Forfait de 10 % PMSS	
Chambre particulière maternité	3 % PMSS/jour (dans la limite de 6 jours)	
ACTES HORS NOMENCLATURE		
Ostéopathie (intervention dans le cadre d'un praticien inscrit auprès d'une association agréée)	Néant	
ACTES DE PRÉVENTION VISÉS PAR L'ARRÊTÉ DU 8.06.2006		
Ensemble des actes de prévention ⁽⁵⁾	100 % BR	

Tableau de garanties en l'état des codifications de la Ss, non exhaustif et susceptible d'être adapté afin de respecter les obligations issues des contrats responsables.

Les postes exprimés en crédit annuel s'entendent par année civile.

(1) Dans la limite des frais réels dûment justifiés, engagés par le bénéficiaire.

(2) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

(3) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

- Couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel.
- Prothèses supra implantaire : HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171.
- Bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(4) Détail du poste optique, page suivante.

(5) Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant 14 ans/Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum/Premier bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour un enfant de moins de 14 ans/Dépistage de l'hépatite B/Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

- a) Audiométrie tonale ou vocale ; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie ; c) Audiométrie vocale dans le bruit ; d) Audiométrie tonale et vocale ; e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie/Ostéodensitométrie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans/Vaccinations suivantes, seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; b) Coqueluche : avant 14 ans ; c) Hépatite B : avant 14 ans ; d) BCG : avant 6 ans ; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; f) Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant ; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

SS = Sécurité sociale ; BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale ; RSS = Remboursement Sécurité sociale ; FR = Frais Réels ;

€ = euros ; PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale ; CAS = Contrat d'Accès aux Soins par la Convention nationale médicale (avenant n° 8).

DÉTAIL DU POSTE OPTIQUE/FORMULE « CONFORT »

ADULTE (> OU = 18 ANS)				
CODE LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHERE	MONTANT EN € PAR VERRE
2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	65,00 €
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	97,50 €
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	123,50 €
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	71,50 €
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté			< à -6 et > à +6	117,00 €
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION	Cylindre > à 4	de -6 à +6	130,00 €
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< à -6 et > à +6	143,00 €
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	156,00 €
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	169,00 €
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	169,00 €
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	182,00 €

ENFANT (< 18 ANS)				
CODE LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHERE	MONTANT EN € PAR VERRE
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	52,00 €
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	97,50 €
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	110,50 €
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	58,50 €
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté			< à -6 et > à +6	104,00 €
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION	Cylindre > à 4	de -6 à +6	117,00 €
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à -6 et > à +6	130,00 €
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	143,00 €
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	156,00 €
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	156,00 €
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	169,00 €

LPP = Liste des Produits et Prestations.

FORMULE « CONFORT + »

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES INCLUANT LE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET LE RÉGIME BASE PRIME ⁽¹⁾	
	SECTEUR CONVENTIONNÉ	SECTEUR NON CONVENTIONNÉ
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ		
Frais de séjour pris en charge par la Ss	350 % BR	80 % FR limités à 350 % BR
Actes de Chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Actes d'obstétrique (ACO)	200 % BR (médecins adhérents au CAS) 180 % BR (médecins non adhérents au CAS)	80 % FR limités à 200 % BR (médecins adhérents au CAS) 80 % FR limités à 180 % BR (médecins non adhérents au CAS)
Chambre particulière hors maternité limitée à 1 an	3,5 % PMSS/jour	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	2 % PMSS/jour	
Transport remboursé par la Ss	100 % BR	
Forfait hospitalier engagé	100 % des frais réels limités au forfait réglementaire en vigueur	
ACTES MÉDICAUX REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Généralistes (consultations et visites)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)	80 % FR limités à 100 % BR
Spécialistes (consultations et visites)	200 % BR (médecins adhérents au CAS) 180 % BR (médecins non adhérents au CAS)	
Hors parcours de soins (généralistes et spécialistes)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)	
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	100 % BR (médecins adhérents et non adhérents au CAS)	
Auxiliaires médicaux	100 % BR	
Analyses et examens de biologie	100 % BR	
Actes médicaux > 120 €	18 €	
ACTES MÉDICAUX NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Densitométrie osseuse	Néant	
Chirurgie réfractive (myopie)	Crédit de 400 €/année civile/œil	
PHARMACIE REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Pharmacie	100 % BR	
PHARMACIE NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Vaccins anti-grippe	100 % FR	
Contraception prescrite	Crédit 3,5% PMSS/année civile	
Sevrage tabagique	Néant	
DENTAIRE REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Soins dentaires (hors inlay et onlay)	100 % BR	
Inlay simple et onlay et soins avec dépassement	160 % BR	
Prothèses dentaires remboursées Ss (incisives, canines, prémolaires)	400 % BR	
Prothèses dentaires remboursées Ss (molaires – dents de fond de bouche)	300 % BR	
Inlay et inlay core avec et sans clavette	160 % BR	
Orthodontie acceptée Ss	325 % BR	
DENTAIRE NON REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Parodontologie ⁽²⁾	Crédit de 600 €/année civile	
Prothèses dentaires non remboursées Ss ⁽³⁾		
Orthodontie refusée Ss		
Implant dentaire	Néant	

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES INCLUANT LE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET LE RÉGIME BASE PRIME ⁽¹⁾	
	SECTEUR CONVENTIONNÉ	SECTEUR NON CONVENTIONNÉ
ORTHOPÉDIE, AUTRES PROTHÈSES REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Prothèses auditives (y compris piles)	100 % BR + crédit de 25 % PMSS/année civile	
Orthopédie et autres prothèses (hors prothèses auditives et dentaires)	150 % BR	
OPTIQUE		
<p><i>Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement (sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée*). Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique.</i></p> <p><i>* La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à un an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'art. R.165 - 1 du code SS. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.</i></p>		
Monture adulte	RSS + forfait de 125 €	
Monture enfant	RSS + forfait de 75 €	
Verres	RSS + montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction du type de verre ⁽⁴⁾	
Lentilles acceptées par la Ss	Forfait de 4 % PMSS (au minimum 100% de la BR)	
Lentilles refusées par la Ss (y compris lentilles jetables)	Crédit annuel de 4 % PMSS/année civile	
CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
Frais de voyage et d'hébergement	Forfait 10 % PMSS	
MATERNITÉ		
Naissance d'un enfant déclaré	Forfait 10 % PMSS	
Chambre particulière maternité	4 % PMSS/jour (dans la limite de 6 jours)	
ACTES HORS NOMENCLATURE		
Ostéopathie (intervention dans le cadre d'un praticien inscrit auprès d'une association agréée)	20 €/acte dans la limite de 5 actes/année civile	
ACTES DE PRÉVENTION VISÉS PAR L'ARRÊTÉ DU 8.06.2006		
Ensemble des actes de prévention ⁽⁵⁾	100 % BR	

Tableau de garanties en l'état des codifications de la Ss, non exhaustif et susceptible d'être adapté afin de respecter les obligations issues des contrats responsables.

Les postes exprimés en crédit annuel s'entendent par année civile.

(1) Dans la limite des frais réels dûment justifiés, engagés par le bénéficiaire.

(2) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

(3) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

- Couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel.
- Prothèses supra implantaires : HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171.
- Bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(4) Détail du poste optique en page suivante.

(5) Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant 14 ans/Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum/Premier bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour un enfant de moins de 14 ans/Dépistage de l'hépatite B/Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

- a) Audiométrie tonale ou vocale ; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie ; c) Audiométrie vocale dans le bruit ; d) Audiométrie tonale et vocale ; e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie/Ostéodensitométrie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans/Vaccinations suivantes, seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; b) Coqueluche : avant 14 ans ; c) Hépatite B : avant 14 ans ; d) BCG : avant 6 ans ; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; f) Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant ; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

SS = Sécurité sociale ; BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale ; RSS = Remboursement Sécurité sociale ; FR = Frais Réels ;

€ = euros ; PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale ; CAS = Contrat d'Accès aux Soins par la Convention nationale médicale (avenant n° 8).

DÉTAIL DU POSTE OPTIQUE/FORMULE « CONFORT + »

ADULTE (> OU = 18 ANS)				
CODE LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHERE	MONTANT EN € PAR VERRE
2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	80,00 €
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	120,00 €
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	152,00 €
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	88,00 €
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté			< à -6 et > à +6	144,00 €
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION	Cylindre > à 4	de -6 à +6	160,00 €
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< à -6 et > à +6	176,00 €
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	192,00 €
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	208,00 €
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	208,00 €
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	224,00 €

ENFANT (<18 ANS)				
CODE LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	AVEC/SANS CYLINDRE	SPHERE	MONTANT EN € PAR VERRE
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	64,00 €
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	120,00 €
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	136,00 €
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	72,00 €
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté			< à -6 et > à +6	128,00 €
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION	Cylindre > à 4	de -6 à +6	144,00 €
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à -6 et > à +6	160,00 €
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	176,00 €
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	192,00 €
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	192,00 €
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	208,00 €

LPP = Liste des Produits et Prestations.



AG2R LA MONDIALE AG2R RÉUNICA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale
Siège social : 104/110, boulevard Haussmann – 75008 PARIS



HUMANIS Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale
Siège social : 29, boulevard Edgar Quinet – 75014 PARIS



MACIF-MUTUALITÉ, Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité – SIREN N° 779 558 501
Siège social : Carré Haussmann 22/28, rue Joubert – 75435 PARIS cedex 09



MUTEX, Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Nanterre 529 219 040
Siège social : 125, avenue de Paris – 92327 CHÂTILLON cedex
Agissant pour le compte des mutuelles assureurs et gestionnaires : ADREA Mutuelle, APREVA, EOVI MCD, HARMONIE MUTUELLE, MUT'EST, UMC, MUTUELLE SAINT GERMAIN, SMIRSEP, DCIANE.