



AG2R LA MONDIALE



CONDITIONS GENERALES

REGIME COMPLEMENTAIRE SANTE FACULTATIF Ensemble du personnel

Accords collectifs de travail

**Dans les centres d'hébergement et de réadaptation sociale et
dans les services d'accueil d'orientation et d'insertion pour
adultes
(CHRS)**

SOMMAIRE

PREAMBULE

Chapitre 1 - DISPOSITIONS GENERALES

| | |
|--|---|
| 1 OBJET | 4 |
| 2 DUREE – RECONDUCTION DU CONTRAT INDIVIDUEL | 4 |
| 3 PRISE D'EFFET DES GARANTIES | 4 |
| 4 AFFILIATION DES SALARIES ET DES AYANTS DROIT | 4 |
| 5 PLAFOND DES REMBOURSEMENTS | 6 |
| 6 RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES ET SUBROGATION | 6 |
| 7 TERRITORIALITE | 6 |
| 8 PRESCRIPTION | 6 |
| 9 CONTROLE | 7 |
| 10 DISPOSITIONS DIVERSES | 7 |

Chapitre 2 – GARANTIES DE REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE DE FRAIS DE SANTE ET MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

| | |
|--|----|
| 11 GARANTIES | 10 |
| 12 CESSATION DES GARANTIES | 12 |
| 13 LIMITES DES GARANTIES | 13 |
| 14 MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS | 14 |
| 15 FORMALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS | 15 |
| 16 TIERS PAYANT | 15 |
| 17 PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE | 15 |

Chapitre 3 - COTISATIONS

| | |
|-----------------------------|----|
| 18 TAUX DE COTISATIONS | 16 |
| 19 PAIEMENT DES COTISATIONS | 17 |

| | |
|---|-----------|
| ANNEXES / TABLEAUX DES GARANTIES | 18 |
|---|-----------|

PREAMBULE

Par le **Protocole n° 155 du 4 Juillet 2014**, modifié en dernier lieu par l'**avenant n°5 du 06.12.2017**, les partenaires sociaux des accords collectifs des centres d'hébergement et de réadaptation sociale et des services d'accueil, d'orientation et d'insertion pour adultes (CHRS) ont organisé le régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé **obligatoire** dont bénéficient les salariés des entreprises relevant du champ d'application professionnel desdits accords.

Ce régime de remboursement complémentaire **obligatoire** de frais de soins de santé dénommé ci-après « régime de base obligatoire » est institué au profit de l'ensemble des salariés, liés par un contrat de travail, quel qu'en soit la forme, à une entreprise relevant du champ d'application professionnel des accords collectifs CHRS.

Parallèlement à leur couverture de base obligatoire, les salariés ont la possibilité :

- de couvrir leurs ayants droit (enfant et/ou conjoint et assimilés) tels que définis dans les présentes Conditions générales, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime de base,
- de compléter à titre individuel et facultatif le régime de remboursement complémentaire obligatoire de frais de soins de santé (deux niveaux de régime optionnel au choix pour le salarié et le cas échéant ses ayants droit).

Afin de bénéficier du régime optionnel facultatif, l'affiliation des salariés au régime de remboursement complémentaire **obligatoire** de frais de soins de santé est indispensable.

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander, pour assurer la couverture du régime de remboursement de frais de soins de santé **obligatoire** organisé par le Protocole n° 155, les organismes assureurs suivants :

➤ **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.

➤ **MUTEX – L'alliance mutualiste** composé de :

- **MUTUELLE CHORUM**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 784 621 419 - Siège social : 4 / 8 Rue Gambetta – 92240 MALAKOFF substituée intégralement par MUTEX UNION, Union soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 442 574 166, Siège social : 125 avenue de Paris - 92327 CHATILLON Cedex,
- **ADREA MUTUELLE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 311 799 878 – Siège social : 25, place de la Madeleine – 75008 PARIS
- **APREVA**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 627 391 - Siège social : 30 avenue Denis Cordonnier – 59000 LILLE
- **EOVI MCD**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 317 442 176 – Siège social : 173 rue de Bercy – CS 31802 – 75584 PARIS Cedex 12
- **HARMONIE MUTUELLE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° : 538 518 473 - Siège social : 143, rue Blomet - 75015 PARIS
- **OCIANE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 434 243 085 - Siège social : 8 terrasse du Front-du-Médoc - 33054 BORDEAUX cedex
- **MUTEX**, entreprise régie par le code des Assurances, inscrite au Registre du Commerce et des sociétés de Nanterre sous le n° 529 219 040 – Siège social : 125 avenue de Paris - 92327 CHATILLON cedex.

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

Ci-après dénommés « **l'(ou les) organisme(s) assureur(s)** ».

- Chapitre 1 -

DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 – OBJET

Les présentes Conditions générales ont pour objet d'organiser à titre facultatif et individuel, une extension de la couverture frais de santé aux ayants droit des salariés ainsi que deux niveaux de régime optionnel, améliorant ainsi les garanties du « régime de base obligatoire » telles que définies par le Protocole n° 155 du 4 Juillet 2014 modifié en dernier lieu par l'**avenant n°5 du 06.12.2017**.

Ces régimes facultatifs (extension aux ayants droit des salariés et/ou un niveau de régime optionnel) ne sont applicables que si le salarié y souscrit, ci-après dénommé « membre participant ».

La cotisation supplémentaire servant au financement de ces couvertures facultatives et individuelles (extension aux ayants droit des salariés et/ou un niveau de régime optionnel) ainsi que leurs éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du membre participant.

Article 2 – DUREE – RECONDUCTION DU CONTRAT INDIVIDUEL

Le contrat individuel est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours et se renouvelant à effet du 1^{er} janvier par tacite reconduction, sauf résiliation exprimée par le salarié au moins deux mois avant cette date, par lettre recommandée avec accusé de réception. Une résiliation en cours d'année, sans délai, est possible pour tout assuré pouvant justifier du bénéfice d'un dispositif Couverture Maladie Universelle (CMU) pour sa partie complémentaire (CMU-C).

Les garanties peuvent être suspendues en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 19 des présentes Conditions générales.

Tout paiement de prestations versé indûment après la date de cessation des garanties devra être remboursé sans délai par le salarié.

Article 3 – PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à la date de l'affiliation du salarié au « régime de base conventionnel » institué par le Protocole n° 155 du 4 Juillet 2014 tel que modifié en dernier lieu par l'**avenant n°5 du 06.12.2017**, lorsque celui-ci a exprimé le choix d'étendre les garanties à ses ayants droit et/ou de souscrire à un niveau de régime optionnel à cette date, ou à défaut, au premier jour du mois qui suit la date de réception de sa demande. En tout état de cause, ses ayants droit bénéficient du même niveau de couverture que le salarié (qu'il soit assuré uniquement au titre du régime de base obligatoire que du régime optionnel facultatif).

Les garanties facultatives s'appliqueront sans délai d'attente.

Article 4 – AFFILIATION DES SALARIES ET DES AYANTS DROIT

Article 4.1 Affiliation au « régime de base obligatoire » des ayants droit de salariés :

Peuvent être bénéficiaires des garanties au titre des présentes dispositions, les ayants droit ainsi définis :

Sous réserve du paiement d'une cotisation « Adulte » :

- le conjoint (salarié ou non) de l'assuré, non divorcé, non séparé de corps judiciairement,

- le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (PACS). Cette affiliation est effectuée à la condition que soit présentée, une attestation de moins de trois mois établissant leur engagement dans les liens d'un PACS délivrée par le Greffe du Tribunal d'Instance ou par le notaire ou par la mairie.
- Le concubin au sens de l'article 515-8 du code civil. Dans le cas où le concubin n'est pas lié à l'assuré par un PACS, cette affiliation est effectuée à la condition que soit présenté un justificatif de la situation de concubinage : attestation délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs, ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux deux noms, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun).

Sous réserve du paiement d'une cotisation par « Enfant » :

- les enfants à charge répondant à la définition suivante :
 - les enfants de moins de 21 ans à charge de l'assuré ou de son conjoint ou de son concubin ou de son partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (PACS) au sens de la législation Sécurité sociale et, par extension :
 - les enfants de moins de 26 ans à charge de l'assuré au sens de la législation fiscale à savoir :
 - les enfants de l'assuré, de son conjoint ou de son concubin ou de son partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (PACS) pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - les enfants de l'assuré auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,
 - jusqu'au 26^{ème} anniversaire, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale définie ci-après,
 - pris en compte dans le calcul du quotient familial, ou
 - ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable, ou
 - bénéficiaires d'une pension alimentaire que le participant est autorisé à déduire de son revenu imposable.

À compter de 26 ans, les enfants infirmes sont toujours considérés comme à charge ; cependant, ils sont redevables d'une cotisation « Adulte ».

Article 4.2 Affiliation au « régime optionnel » de remboursement complémentaire de frais de soins de santé :

Peuvent être bénéficiaires des garanties au titre des présentes dispositions :

Sous réserve du paiement d'une cotisation supplémentaire par « Adulte » :

- le membre participant, assuré social, lié par un contrat de travail, quelle qu'en soit la nature, à une entreprise relevant des accords collectifs CHRS, **et sous réserve d'être au préalable couvert par le régime de base obligatoire.**
- le conjoint, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un pacte civil de solidarité (salarié ou non), visé à l'article 4-1 ci-dessus.

Sous réserve du paiement d'une cotisation supplémentaire par « Enfant » :

- les enfants à charge tels que définis dans l'article 4.1 ci-dessus.

Pour les ayants droit, le bénéfice du régime optionnel n'est possible que s'ils sont affiliés au régime de base obligatoire. Les ayants droit bénéficient tous de la même option de garantie, qui ne peut pas être différente de celle du membre participant.

Article 4.3 Modalités d'affiliation aux régimes facultatifs individuels (« régime de base obligatoire » étendu aux ayants droit + « régime optionnel ») :

Les salariés et le cas échéant ses ayants droit sont admis à l'assurance au moyen du bulletin d'affiliation préalablement renseigné et signé par le salarié, et accompagné des pièces justificatives (photocopies de l'attestation de la carte Vitale, relevé d'identité bancaire ...), lequel est transmis à l'organisme assureur dont dépend le salarié.

S'agissant de l'extension de ces régimes facultatifs aux ayants droit des salariés, l'adjonction d'un nouvel ayant droit doit ainsi être formulée par écrit à l'organisme assureur, au plus tard avant la fin du deuxième mois qui suit la date de survenance de l'évènement (mariage, signataire d'un PACS, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint, du concubin, signataire ou non d'un PACS, ou d'un enfant). **Au-delà de ce délai, les garanties ne prendront effet qu'à la date de réception de la demande par l'organisme assureur.**

L'organisme assureur se réserve le droit, à tout moment, de demander au salarié de lui adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire (notamment : extrait des informations administratives contenues dans la carte VITALE, avis d'imposition).

Article 5 – PLAFOND DES REMBOURSEMENTS

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

La participation de l'organisme assureur ne peut en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité sociale, des prestations complémentaires versées au titre du régime de base et de tout autre éventuel contrat complémentaire 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, par tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et le présent régime.

Article 6 – RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES ET SUBROGATION

En cas de paiement des prestations par l'organisme assureur à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au bénéficiaire des prestations (salarié et/ou ayants droit) dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

Article 7 – TERRITORIALITE

Les garanties ne sont acquises qu'aux salariés et le cas échéant aux 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 viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale et sont payées en euros.

Les membres participants garantis exercent leur activité dans le champ d'application des accords CHRS : France métropolitaine et départements français d'Outre-Mer.

Article 8 – PRESCRIPTION

« Toutes actions dérivant des opérations mentionnées aux présentes Conditions générales sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Par évènement, il faut entendre : soit la date du soin si l'acte n'est pas remboursé par la Sécurité sociale, soit la date du remboursement par la Sécurité sociale dans les autres cas.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du salarié ou de l'ayant droit contre l'organisme assureur 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 salarié ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque et par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription définies par les articles 2240 et suivants du Code civil.

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par un acte d'exécution forcée.

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

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'organisme assureur au salarié ou à l'ayant droit, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le salarié ou l'ayant droit à l'organisme assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Article 9 – CONTROLE

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

L'organisme assureur 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'à celle de l'ouverture des droits à prestations.

Article 10 – DISPOSITIONS DIVERSES

Article 10.1 - RECLAMATIONS :

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées au centre de gestion dont dépend l'entreprise adhérente.

Les réclamations concernant l'application du contrat peuvent être adressées :

- ➡ à AG2R RÉUNICA Prévoyance – Direction de la Qualité – 104-110 boulevard Haussmann 75379 Paris cedex 08.
- ➡ ou pour MUTEX au siège social de la mutuelle mentionnée aux conditions particulières.

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

➡ Pour AG2R La Mondiale :

Au conciliateur du groupe – 32 avenue Emile Zola – Mons en Baroeul – 59896 Lille Cedex 09,

➡ Pour MUTEX, au médiateur nommé par l'Assemblée générale de la mutuelle désignée aux conditions particulières.

En cas de désaccord sur la réponse donnée par le conciliateur, au Médiateur du CTIP – 10 rue Cambacérés 75008 Paris.

Article 10.2 - PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL :

Comment et pourquoi sont utilisées les données à caractère personnel ?

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées par l'organisme assureur, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi nous utilisons :

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

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

- la réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;
- la 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 aux obligations légales et réglementaires de l'organisme assureur, notamment :

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

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

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

Dans le cadre de la gestion du contrat, l'organisme assureur est susceptible de recevoir des données à caractère personnel en provenance du souscripteur 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 prescription légale.

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

Quels sont les droits et comment les exercer ?

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

Les 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.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité :

- pour AG2R RÉUNICA Prévoyance : au Groupe AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 104-110 Boulevard Haussmann, 75379 PARIS Cedex 08 ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.
- pour MUTEX, à l'attention du Délégué à la protection des données aux adresses postales suivantes :
 - Adréa Mutuelle - Groupe AESIO - 25 place de la Madeleine, 75008 PARIS ou par courriel à adrea.dpo@adreamutuelle.fr
 - Apréva Mutuelle - Groupe AESIO - 25 place de la Madeleine, 75008 PARIS ou par courriel à apreva.dpo@apreva.fr
 - Eovi Mcd Mutuelle - Groupe AESIO - 25 place de la Madeleine, 75008 PARIS ou par courriel à eovi-mcd.dpo@eovi-mcd.fr
 - Chorum - Service DPO - 4 rue Gambetta, 92240 MALAKOFF ou par courriel à dpo@chorum.fr
 - Harmonie Mutuelle - Service DPO - 29 quai François Mitterrand, 44273 NANTES Cedex 2 ou par courriel à dpo@harmonie-mutuelle.fr
 - Ociane - Groupe Matmut - 66 rue de Sotteville, 76100 ROUEN ou par courriel à dpo@matmut.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.

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

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

- pour AG2R RÉUNICA Prévoyance : « <https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles> »
- pour MUTEX: « <https://www.mutex.fr/Mentions-legales/Mentions-legales> »

Article 10.3 - AUTORITE DE CONTROLE :

Les organismes assureurs sont contrôlés par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R) sise 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

A compter de juin 2018, l'adresse de l'A.C.P.R est la suivante : 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

- Chapitre 2 -

GARANTIES DE REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE DE FRAIS DE SANTE ET MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Article 11 – GARANTIES

Article 11.1 Garanties du « régime de base obligatoire » au profit des ayants droit des salariés :

Les garanties sont identiques à celles du régime de remboursement complémentaire **obligatoire** de frais de soins de santé instituées par le Protocole n° 155 (tel que modifié en dernier lieu par l'avenant n°5 du 06.12.2017) et les prestations sont définies expressément au tableau des garanties figurant en annexe des présentes Conditions générales.

Lorsque le participant bénéficie d'un maintien de garanties au titre du régime de base obligatoire, les ayants droit peuvent demander à bénéficier du maintien du régime facultatif.

Article 11.2 Garanties du « régime optionnel » de remboursement complémentaire de frais de soins de santé :

Sont garantis au présent régime optionnel tous les actes et frais courant sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité sociale au titre des législations « maladie », « maternité », « accident du travail et maladie professionnelle », ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés dans les tableaux de garanties figurant en annexe des présentes Conditions générales.

Article 11.2.1 Changement d'option :

Le membre participant (et par extension ses éventuels ayants droit) a la possibilité de changer de niveau de régime optionnel facultatif au 1^{er} janvier sous réserve d'en faire la demande au moins 3 mois à l'avance à l'organisme assureur, par lettre recommandée avec accusé de réception. Un tel changement ne peut intervenir qu'après 2 années complètes d'adhésion à l'un des deux niveaux du régime optionnel.

Lorsque le membre participant justifie d'une modification de situation familiale (mariage, signataire d'un Pacte civil de solidarité, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint, du concubin, signataire ou non d'un PACS, ou d'un enfant) dans les 2 mois précédant la demande de changement d'option du régime :

- la condition de 2 années complètes d'adhésion visées ci-dessus n'est pas requise,
- le changement intervient le 1^{er} jour du mois suivant la demande.

L'adjonction d'un nouvel ayant droit à l'occasion d'un changement d'option se fera sans délai d'attente.

Tout changement de niveau du régime optionnel facultatif concernera l'ensemble des personnes assurées.

Article 11.2.2 Maintien des garanties en application du dispositif de portabilité :

Le présent article a pour objet d'organiser le maintien des garanties frais de santé du régime facultatif, au bénéfice de l'ancien membre participant et de ses éventuels ayants droit, en application du dispositif de portabilité visé par l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale (article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi).

▪ Droit au maintien de garanties :

Dans le cadre de ce dispositif de portabilité, l'ancien membre participant peut demander le maintien des garanties facultatives frais de santé auxquelles il était affilié (et par extension pour ses éventuels ayants droit) avant la rupture ou la fin de son contrat de travail, selon les modalités définies ci-après :

- l'ancien membre participant doit, à la date de la rupture ou de la fin de son contrat de travail, appartenir à une catégorie de personnel bénéficiaire des garanties mentionnée au bulletin individuel d'affiliation du régime facultatif,
- la rupture ou la fin de son contrat de travail ne doit pas être consécutive à une faute lourde et en outre, elle ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage,

- les droits à garantie du présent régime facultatif doivent avoir été ouverts pendant l'exécution de son contrat de travail,
- le maintien de ces garanties s'effectue dans les mêmes conditions que pour les membres participants en activité, et lui ouvre droit au même niveau de garanties dont il bénéficiait avant la rupture ou la fin de son contrat de travail, et sous réserve qu'elles soient prévues par l'une des modalités de mise en place des garanties frais de santé définies à l'article L911-1 du code de la Sécurité sociale.

Lorsque les ayants droit des anciens salariés étaient garantis au titre des régimes facultatifs, ils conservent la qualité de bénéficiaires des garanties pendant la durée d'application du dispositif de portabilité applicable au membre participant. Le maintien des garanties des ayants droit s'effectue selon le même niveau de garantie et selon les dispositions en vigueur avant la rupture ou la fin du contrat de travail du membre participant.

▪ **Durée et limites :**

Sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par l'entreprise adhérente au titre du régime de base obligatoire, selon les formalités définies ci-après, le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien membre participant et 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, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder **douze mois**.

En tout état de cause, le maintien des garanties au bénéfice de l'ancien membre participant et de ses éventuels ayants droit cesse lors de la survenance d'un des événements suivants :

- lorsque l'ancien membre participant reprend un nouvel emploi,
- dès lors qu'il ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage,
- à la date d'effet de la liquidation de sa pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- en cas de non renouvellement ou de résiliation du présent régime facultatif,
- ou en cas de décès de l'ancien membre participant.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

En cas de modification ou de révision des garanties des membres participants en activité, les garanties des membres participants (et par extension des éventuels ayants droit) bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

En cas de changement d'organisme assureur, les bénéficiaires du dispositif de portabilité relevant des présentes stipulations sont affiliés dans les mêmes conditions que les membres participants en activité auprès du nouvel organisme assureur.

▪ **Formalités de déclaration :**

L'entreprise adhérente doit :

- informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail,
- signaler le maintien des garanties visées par le présent régime dans le certificat de travail de l'ancien membre participant et lui remettre un bulletin d'affiliation à la portabilité.

Il appartient ensuite à l'ancien membre participant :

- d'adresser à l'organisme assureur le dit bulletin complété, dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail ;
- de joindre à ce bulletin : la copie du certificat de travail justifiant la durée du contrat de travail, une attestation justifiant son statut de demandeur d'emploi, et la(es) carte(s) de tiers payant en cours de validité.

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien membre participant (ou ses ayants droit en cas de décès) s'engage à informer l'organisme assureur de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties, dans le mois de survenance de celle-ci.

Sont visées notamment les causes suivantes : le membre participant reprend un autre emploi ; il ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage ; à la date d'effet de la liquidation de sa pension vieillesse de la Sécurité sociale.

À défaut de réception des pièces mentionnées ci-dessus, nécessaires à la détermination, par l'organisme assureur, des droits et de la durée du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité, le maintien des garanties au bénéfice de l'ancien membre participant et de ses éventuels ayants droit ne sera pas assuré. Toutefois, l'organisme assureur peut décider de l'appliquer de manière temporaire à compter de la date de cessation du contrat de travail. La durée de ce maintien temporaire pourra être prolongée à la demande de l'ancien membre participant, sous réserve que ce dernier fournisse à l'organisme assureur les pièces justificatives énumérées ci-dessus.

Si le membre participant (et par extension ses éventuels ayants droit) a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations reçues indument pourra être mise en œuvre.

▪ **Financement :**

Le financement du maintien des garanties au bénéfice du membre participant et de ses éventuels ayants droit au titre de la portabilité s'effectue selon le principe de la mutualisation (c'est-à-dire par les cotisations des salariés en activité au titre du régime facultatif).

Article 12 – CESSATION DES GARANTIES

Les garanties facultatives mises en place par ce contrat cessent de plein droit à la date de résiliation du contrat conventionnel obligatoire souscrit en application du Protocole n° 155 du 4 Juillet 2014 et ses avenants modificatifs.

Article 12.1 Cessation de l'extension des garanties du « régime de base » au profit des ayants droit de salariés :

Les garanties facultatives au profit des ayants droit cessent :

- en cas de résiliation du membre participant,
- à l'expiration du mois au cours duquel les assurés ne remplissent plus les conditions pour être bénéficiaires,
- en cas de non-paiement des cotisations à l'issue de la procédure de résiliation pour défaut de paiement des cotisations.

La suspension ou la résiliation du Contrat de remboursement complémentaire obligatoire des frais de soins de santé du salarié (tel que défini par le Protocole n° 155 du 4 Juillet 2014 et ses avenants modificatifs), entraîne la suspension ou la résiliation des présentes garanties qui lui sont impérativement liées.

En cas de cessation des garanties, les bénéficiaires ont la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles dont les conditions peuvent être communiquées sur simple demande auprès de l'organisme assureur dont il relève. Sous réserve que la demande d'adhésion individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de 6 mois à compter de la radiation au présent régime, il ne sera pas fait application de période probatoire et ne sera pas exigé de formalités médicales.

Article 12.2 Cessation des garanties du « régime optionnel » :

La résiliation des garanties du régime optionnel s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires de la garantie.

Pour le membre participant :

- au dernier jour du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail (à condition que les cotisations correspondant à la période de couverture aient été versées, la garantie peut être maintenue jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail) ;
- en cas de résiliation du membre participant ;
- lorsque le salarié ne bénéficie plus du régime de base obligatoire.

Pour les éventuels bénéficiaires :

- en cas de résiliation du membre participant ;
- à l'expiration du mois au cours duquel les assurés ne remplissent plus les conditions pour être bénéficiaire ;
- lorsqu'ils ne bénéficient plus du régime de base ;

- en cas de résiliation des bénéficiaires.

Article 13 – LIMITES DES GARANTIES

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

Ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais de soins :

- engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale,

- déclarés après un délai de deux ans suivant : soit la date des soins pratiqués s'il s'agit de prestations non remboursées par la Sécurité sociale, soit la date de remboursement par la Sécurité sociale dans les autres cas,

- engagés hors de France. Si la caisse de Sécurité sociale à laquelle l'assuré est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge sur la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale et selon les garanties prévues au présent régime,

- non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale (*sauf ceux expressément mentionnés dans les tableaux des garanties figurant en annexes*),

- ne figurant pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes Médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base, sauf pour les actes prévus expressément dans le tableau de garanties et dans la limite des montants indiqués,

- engagés au titre de la législation sur les pensions militaires,

- engagés au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements foyers ou des hospices,

- au titre de la garantie parodontologie, si celle-ci est souscrite, pour les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale,

- les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge de l'assuré prévues à l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale,

- la majoration de participation prévue à l'article L. 162-5-3 du Code la Sécurité sociale et L1111-15 du code de la Sécurité sociale

- 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.

Pour les frais consécutifs à des actes soumis à entente préalable de la Sécurité sociale, en l'absence de notification de refus à ces ententes préalables par les services de Sécurité sociale, les règlements éventuels de l'organisme assureur seront effectués après avis des praticiens-conseils de l'organisme assureur.

Pour les frais consécutifs à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes Médicaux, le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

Pour les frais consécutifs à des actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens ou dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale.

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.

Pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toutes autres indemnisations de la part de l'organisme assureur.

Afin de s'assurer du respect de ces principes, 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 produits 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.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, l'assuré doit transmettre à l'organisme assureur une facture détaillée établie par son médecin; à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

Article 14 – MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes de remboursement sont adressées par le salarié et le cas échéant ses ayants droit à l'organisme assureur.

Chaque dossier adressé doit comprendre, à défaut de télétransmission par les organismes de base :

- les originaux des décomptes de règlement de la Sécurité sociale,

et dans tous les cas :

- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits acquittées et datées, le cas échéant, les devis,
- en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, une facture détaillée établie par le médecin,
- en cas de prise en charge de frais au titre d'une des garanties Acupuncture / Ostéopathie / Etiopathie, la note d'honoraires du praticien reconnu par les annuaires professionnels, accompagnée de la facture acquittée et datée,
- en cas de prise en charge des vaccins, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien,
- en cas de prise en charge de frais au titre de la garantie ostéodensitométrie, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du praticien,
- en cas de prise en charge de frais au titre de la garantie chirurgie de la myopie, la note d'honoraires du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée,
- en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par l'organisme assureur auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux...),

Pour l'ensemble des prestations fournies, seuls les frais réels engagés, figurant sur les décomptes Sécurité sociale ou sur l'original des factures détaillées des praticiens et des professionnels de santé, des établissements hospitaliers ou des cliniques, seront pris en compte pour les remboursements.

Les factures détaillées devront notamment comporter le cachet du médecin avec son numéro d'identification ainsi que le montant des frais engagés détaillé par acte, le libellé de l'acte correspondant au code de regroupement destiné aux organismes complémentaires, son prix unitaire tel que défini par la Classification Commune des Actes Médicaux et la base de remboursement Sécurité sociale.

Les demandes de prestations doivent être présentées dans un délai maximum de deux ans suivant : soit la date des soins pratiqués s'il s'agit de prestations non remboursées par la Sécurité sociale, soit la date de remboursement par la Sécurité sociale dans les autres cas.

Article 15 – FORMALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

L'organisme assureur procède aux versements des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature, ou le plus souvent grâce à la télétransmission établie avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, ou le cas échéant encore sur pièces justificatives des dépenses réelles.

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

Sauf cas de force majeure, à réception de la totalité des pièces justificatives demandées par l'organisme assureur, les prestations sont réglées dans un délai maximum de **7 jours**.

Article 16 – TIERS PAYANT

Après l'enregistrement de l'affiliation du salarié (et de ses éventuels ayants droit) auprès de l'organisme assureur, il lui est remis une carte de Tiers payant permettant une dispense d'avance de frais dans les conditions mentionnées par la dite carte en conformité avec les articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale et ce, selon la réglementation en vigueur. Cette carte mentionne explicitement les garanties couvertes en tiers payant par le contrat.

Cette carte de Tiers payant reste la propriété de l'organisme assureur.

Les remboursements effectués après restitution de la carte de Tiers payant feront l'objet d'une récupération de l'indu.

L'entreprise adhérente s'engage à demander la restitution de la carte de Tiers payant auprès du salarié, si elle est en cours de validité, dans le délai de quinze jours suivant le départ du salarié (démission, licenciement, retraite...) ou suivant la démission du régime de la part de l'entreprise adhérente ou la résiliation du contrat.

Article 17 – PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, l'organisme assureur délivre un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux (et le cas échéant, des frais annexes à l'hospitalisation tels que définis aux présentes Conditions générales) normalement laissés à la charge du salarié (et de ses éventuels ayants droit) dans la limite des garanties. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en charge. La demande de prise en charge doit être effectuée au plus tôt 15 jours avant la date d'entrée dans l'établissement conventionné.

Si l'hospitalisation est consécutive à un accident de la circulation, l'organisme assureur délivre une prise en charge dans les conditions habituelles. En cette circonstance, l'adhérent et le salarié sont tenus de fournir à l'organisme assureur les éléments permettant d'exercer un éventuel recours auprès des organismes d'assurances concernés.

- Chapitre 3 -

COTISATIONS

Article 18 – TAUX DE COTISATIONS

Les taux de la cotisation mensuelle sont appelés conformément aux tableaux ci-après jusqu'au 31.12.2019 (*) :

Taux de cotisation du régime de remboursement complémentaire obligatoire de frais de soins de santé étendu aux ayants droit :

| | Régime général | Régime Alsace / Moselle |
|--|--------------------|-------------------------|
| ↻ Ayants droit « Adulte » | 1,34 % PMSS | 0,82 % PMSS |
| ↻ Ayants droit « Enfant » (gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant) | 0,62 % PMSS | 0,36 % PMSS |

Taux de cotisation des deux niveaux de régime optionnel facultatif et individuel :

| | Régime général et Régime Alsace / Moselle | |
|--|---|--------------------|
| | Option n° 1 | Option n° 2 |
| ↻ Salariés | 0,35 % PMSS | 0,85 % PMSS |
| ↻ Ayants droit « Adulte » | 0,35 % PMSS | 0,85 % PMSS |
| ↻ Ayants droit « Enfant » (gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant) | 0,09 % PMSS | 0,35 % PMSS |

Taux de cotisation du régime de remboursement complémentaire obligatoire de frais de soins obligatoire base conventionnelle + option 1 étendues aux ayants droit (formule pouvant être souscrite par l'employeur) :

| | Régime général | Régime Alsace / Moselle |
|---|--------------------|-------------------------|
| ↻ Ayants droit « Adulte » base conventionnelle | 1,34 % PMSS | 0,82 % PMSS |
| ↻ Ayants droit « Adulte » option 1 | 0,32 % PMSS | 0,32 % PMSS |
| ↻ Ayants droit « Enfant » base conventionnelle (gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant) | 0,62 % PMSS | 0,36 % PMSS |
| ↻ Ayants droit « Enfant » option 1 (gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant) | 0,08 % PMSS | 0,08 % PMSS |

Taux de cotisation du régime de remboursement complémentaire obligatoire de frais de soins obligatoire base conventionnelle + option 2 étendues aux ayants droit (formule pouvant être souscrite par l'employeur) :

| | Régime général | Régime Alsace / Moselle |
|---|--------------------|-------------------------|
| ↻ Ayants droit « Adulte » base conventionnelle | 1,34 % PMSS | 0,82 % PMSS |
| ↻ Ayants droit « Adulte » option 2 | 0,77 % PMSS | 0,77 % PMSS |
| ↻ Ayants droit « Enfant » base conventionnelle (gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant) | 0,62 % PMSS | 0,36 % PMSS |
| ↻ Ayants droit « Enfant » option 2 (gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant) | 0,32 % PMSS | 0,32 % PMSS |

(*) Les cotisations sont exprimées en pourcentage du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale) en vigueur au 01.01.2018.

En fonction de l'équilibre global (résultats) des contrats souscrits auprès des organismes assureurs recommandés dans le cadre du Protocole n°155 du 04.07.2014 (selon le régime retenu) et des évolutions législatives et réglementaires intervenues postérieurement à la prise d'effet dudit Protocole, les cotisations pourront être révisées.

L'indexation des régimes facultatifs ainsi définie est communiquée au membre participant (et le cas échéant à ses ayants droit), moyennant un préavis de 2 mois par rapport à la date d'effet prévue.

Lorsque le membre participant s'oppose avant le 10 décembre de l'année en cours à l'indexation, le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi, l'adhésion du membre participant est automatiquement résiliée au 31 décembre de l'année en cours.

À défaut d'opposition notifiée sur l'indexation avant le 10 décembre de l'année en cours, les cotisations indexées s'appliquent de plein droit.

Article 19 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations des régimes facultatifs sont prélevées mensuellement sur le compte bancaire du membre participant. Il convient donc de remplir le mandat de prélèvement mentionné au bulletin individuel d'affiliation.

En cas d'affiliation en cours de mois d'un participant, la cotisation mensuelle est due en totalité.

En cas de non-paiement des cotisations des régimes facultatifs, dans le délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'organisme assureur adressera au membre participant (et le cas échéant à ses ayants droit) une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception. Si 40 jours plus tard la cotisation reste impayée, l'organisme assureur informe de la cessation automatique de la garantie. En cas d'arrêt de travail du membre participant, il n'y a pas d'exonération du paiement de la cotisation.

ANNEXE 1- GARANTIES - FRAIS DE SOINS DE SANTE

Centres d'hébergement et de réadaptation sociale et services d'accueil, d'orientation et d'insertion pour adultes (CHRS).

REGIME DE BASE

HOSPITALISATION ET SOINS EXTERNES :

| NATURE DES FRAIS | NIVEAUX D'INDEMNISATION Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE ET/OU D'EVENTUELS ORGANISMES COMPLEMENTAIRES (1) | |
|--|---|------------------|
| | CONVENTIONNE | NON CONVENTIONNE |
| Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité | | |
| Frais de séjour | 150% BR | 100% BR |
| Forfait hospitalier engagé | 100% FR limité au forfait réglementaire en vigueur | |
| Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires | 170% de la BR (Médecins adhérents à un DPTM) 150% de la BR (Médecins NON adhérents à un DPTM) | |
| Chambre particulière | 1% du PMSS par jour | Néant |
| Frais d'accompagnement : personne accompagnante de l'assuré (sur présentation d'un justificatif) | 1% du PMSS par jour | Néant |
| Transport remboursé SS | | |
| Transport | 100% BR | |
| Actes médicaux | | |
| Généralistes (Consultations et visites) | 100% de la BR (Médecins adhérents à un DPTM) 100% de la BR (Médecins NON adhérents à un DPTM) | |
| Spécialistes (Consultations et visites) | 170% de la BR (Médecins adhérents à un DPTM) 150% de la BR (Médecins NON adhérents à un DPTM) | |
| Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM) | 145% de la BR (Médecins adhérents à un DPTM) 125% de la BR (Médecins NON adhérents à un DPTM) | |
| Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE) | 100% de la BR (Médecins adhérents à un DPTM) 100% de la BR (Médecins NON adhérents à un DPTM) | |
| Auxiliaires médicaux | 100% BR | |
| Analyses | 100% BR | |
| Pharmacie remboursée SS | | |
| Pharmacie | 100% BR | |
| Appareillages remboursés SS | | |
| Prothèses auditives | 100% BR | |
| Orthopédie & autres prothèses (hors appareillages dentaires et auditifs) | 150% BR | |

SOINS, PROTHESES DENTAIRES ET ORTHODONTIE :

| NATURE DES FRAIS | NIVEAUX D'INDEMNISATION Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE ET/OU D'EVENTUELS ORGANISMES COMPLEMENTAIRES (1) | |
|---|--|------------------|
| | CONVENTIONNE | NON CONVENTIONNE |
| Dentaire remboursé SS | | |
| Soins dentaires (hors inlay simple, onlay) | 100% BR | |
| Inlay simple, Onlay | 100% BR | |
| Prothèses dentaires | Dans la limite de 900 € par année civile * | |
| • Incisives, canines, prémolaire (dents du sourire) | 200% BR | |
| • Molaires (dents du fond de bouche) | 150% BR | |
| • Inlay core et inlay à clavettes | 150% BR | |
| Orthodontie | 200% BR | |

* Au-delà de cette limite annuelle, la garantie appliquée est celle du décret n° 2014- 1025 du 8 septembre 2014 (125% de la BR).

EQUIPEMENT OPTIQUE :

| NATURE DES FRAIS | NIVEAUX D'INDEMNISATION Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE ET/OU D'EVENTUELS ORGANISMES COMPLEMENTAIRES (1) | |
|---|--|------------------|
| | CONVENTIONNE | NON CONVENTIONNE |
| Optique | | |
| <p>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 (sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constaté pour les adultes où la période est réduite à 12 mois*) suivant l'acquisition du précédent équipement.</p> <p>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.</p> <p>* La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 12 mois 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 130 euros | |
| Monture enfant | RSS + forfait de 90 euros | |
| Verres | RSS + Montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction des types de verre. | |
| Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables) | Crédit de 2% du PMSS par année civile (et au minimum 100 % de la BR) | |

| 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 | 75 € |
| 2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté | | | de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10 | 100 € |
| 2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté | | | < à -10 ou > à +10 | 125 € |
| 2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté | | Cylindre < à 4 | de -6 à +6 | 85 € |
| 2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté | | | < à -6 et > à +6 | 110 € |
| 2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté | | Cylindre > à 4 | de -6 à +6 | 135 € |
| 2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté | | | < à -6 et > à +6 | 150 € |
| 2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté | MULTIFOCAUX | Sphérique | de -4 à +4 | 160 € |
| 2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté | | | < à -4 ou > à +4 | 175 € |
| 2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté | | Tout Cylindre | de -8 à +8 | 180 € |
| 2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté | | | < à -8 ou > à +8 | 200 € |

| 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 | 55 € |
| 2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté | | | de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10 | 75 € |
| 2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté | | | < à -10 ou > à +10 | 95 € |
| 2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté | | Cylindre < à 4 | de -6 à +6 | 65 € |
| 2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté | | | < à -6 et > à +6 | 85 € |
| 2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté | | Cylindre > à 4 | de -6 à +6 | 105 € |
| 2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté | | | < à -6 et > à +6 | 125 € |
| 2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté | MULTIFOCAUX | Sphérique | de -4 à +4 | 115 € |
| 2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté | | | < à -4 ou > à +4 | 135 € |
| 2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté | | Tout Cylindre | de -8 à +8 | 145 € |
| 2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté | | | < à -8 ou > à +8 | 165 € |

AUTRES GARANTIES :

| NATURE DES FRAIS | NIVEAUX D'INDEMNISATION Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE ET/OU D'EVENTUELS ORGANISMES COMPLEMENTAIRES (1) | |
|--|--|------------------|
| | CONVENTIONNE | NON CONVENTIONNE |
| Actes de prévention visés par l'arrêté du 8.06.2006 | | |
| Ensemble des actes de prévention (2) | 100% BR | |

ABREVIATIONS :

SS : Sécurité sociale

FR : Frais réels engagés par l'assuré

RSS : Remboursement de la Sécurité sociale

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

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

DPTM = Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée :

- OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée)

- OPTAM-CO (Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

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

(2) 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 deux 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

OPTION 1

HOSPITALISATION ET SOINS EXTERNES :

| NATURE DES FRAIS | NIVEAUX D'INDEMNISATION EN COMPLEMENT DES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE ET DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES VERSEES AU TITRE DU REGIME DE BASE ET/OU D'EVENTUELS ORGANISMES COMPLEMENTAIRES (1) | |
|--|--|------------------|
| | CONVENTIONNE | NON CONVENTIONNE |
| Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité | | |
| Frais de séjour | + 100% BR | Néant |
| Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires | + 80% de la BR (Médecins adhérents à un DPTM) + 50% de la BR (Médecins NON adhérents à un DPTM) | |
| Chambre particulière | + 1% du PMSS par jour | Néant |
| Actes médicaux | | |
| Généralistes (Consultations et visites) | + 40% de la BR (Médecins adhérents à un DPTM) + 20% de la BR (Médecins NON adhérents à un DPTM) | |
| Spécialistes (Consultations et visites) | + 20% de la BR (Médecins adhérents à un DPTM) + 20% de la BR (Médecins NON adhérents à un DPTM) | |
| Pharmacie non remboursée SS | | |
| Sevrage tabagique | Crédit de 2% du PMSS par année civile | |
| Appareillages remboursés SS | | |
| Prothèses auditives | + 10% du PMSS par appareil, limité à 2 appareils par année civile. | |

SOINS, PROTHESES DENTAIRES ET ORTHODONTIE :

| NATURE DES FRAIS | NIVEAUX D'INDEMNISATION EN COMPLEMENT DES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE ET DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES VERSEES AU TITRE DU REGIME DE BASE ET/OU D'EVENTUELS ORGANISMES COMPLEMENTAIRES (1) | |
|---|--|------------------|
| | CONVENTIONNE | NON CONVENTIONNE |
| Dentaire remboursé SS | | |
| Prothèses dentaires | Dans la limite de 1050 € (régime de base + option 1) par année civile | |
| • Incisives, canines, prémolaire (dents du sourire) | + 100% BR | |
| • Molaires (dents du fond de bouche) | + 50% BR | |
| • Inlay core et inlay à clavettes | + 100% BR | |

EQUIPEMENT OPTIQUE :

| NATURE DES FRAIS | NIVEAUX D'INDEMNISATION EN COMPLEMENT DES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE ET DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES VERSEES AU TITRE DU REGIME DE BASE ET/OU D'EVENTUELS ORGANISMES COMPLEMENTAIRES (1) | |
|--|--|------------------|
| | CONVENTIONNE | NON CONVENTIONNE |
| Optique | | |
| 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 (sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constaté pour les adultes où la période est réduite à 12 mois*) suivant l'acquisition du précédent équipement. | | |
| 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. | | |
| * La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 12 mois 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. | | |
| Monture adulte | + 20 euros | |
| Monture enfant | + 10 euros | |
| Verres | + Montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction des types de verre. | |
| Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables) | + Crédit de 3% du PMSS par année civile | |

| 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 | + 15 € |
| 2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté | | | de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10 | + 10 € |
| 2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté | | | < à -10 ou > à +10 | + 5 € |
| 2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté | | Cylindre < à 4 | de -6 à +6 | + 15 € |
| 2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté | | | < à -6 et > à +6 | + 10 € |
| 2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté | | Cylindre > à 4 | de -6 à +6 | + 5 € |
| 2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté | | | < à -6 et > à +6 | + 10 € |
| 2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté | MULTIFOCAUX | Sphérique | de -4 à +4 | + 20 € |
| 2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté | | | < à -4 ou > à +4 | + 25 € |
| 2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté | | Tout Cylindre | de -8 à +8 | + 30 € |
| 2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté | | | < à -8 ou > à +8 | + 30 € |

| 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 | + 5 € |
| 2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté | | | de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10 | + 5 € |
| 2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté | | | < à -10 ou > à +10 | + 5 € |
| 2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté | | Cylindre < à 4 | de -6 à +6 | + 5 € |
| 2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté | | | < à -6 et > à +6 | + 5 € |
| 2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté | | Cylindre > à 4 | de -6 à +6 | + 5 € |
| 2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté | | | < à -6 et > à +6 | + 5 € |
| 2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté | MULTIFOCAUX | Sphérique | de -4 à +4 | + 5 € |
| 2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté | | | < à - 4 ou > à +4 | + 5 € |
| 2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté | | Tout Cylindre | de - 8 à +8 | + 5 € |
| 2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté | | | < à -8 ou > à +8 | + 5 € |

AUTRES GARANTIES :

| NATURE DES FRAIS | NIVEAUX D'INDEMNISATION EN COMPLEMENT DES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE ET DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES VERSEES AU TITRE DU REGIME DE BASE ET/OU D'EVENTUELS ORGANISMES COMPLEMENTAIRES (1) | |
|---|--|------------------|
| | CONVENTIONNE | NON CONVENTIONNE |
| Cure thermale remboursée SS | | |
| Frais de traitement et honoraires | Forfait de 5% du PMSS | |
| Frais de voyage et hébergement | | |
| Médecines hors nomenclature | | |
| Acupuncture, étiopathie, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien, psychologue (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée) | 25 euros par acte limité à 3 actes par année civile | |

ABREVIATIONS :

SS : Sécurité sociale

PMSS : Plafond mensuel de la sécurité sociale.

FR : Frais réels engagés par l'assuré.

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

DPTM = Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée :

- OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée)

- OPTAM-CO (Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

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

OPTION 2

HOSPITALISATION ET SOINS EXTERNES :

| NATURE DES FRAIS | NIVEAUX D'INDEMNISATION EN COMPLEMENT DES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE ET DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES VERSEES AU TITRE DU REGIME DE BASE ET/OU D'EVENTUELS ORGANISMES COMPLEMENTAIRES (1) | |
|--|--|---|
| | CONVENTIONNE | NON CONVENTIONNE |
| Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité | | |
| Frais de séjour | + 100% BR | + 90% des Frais réels (sous déduction du TM) dans la limite de : 200% de la BR - SS |
| Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires | + 80% de la BR (médecins adhérents à un DPTM) + 50% de la BR (médecins NON adhérents à un DPTM) | |
| Chambre particulière | + 1% du PMSS par jour | 3% du PMSS par jour |
| Frais d'accompagnement : personne accompagnante de l'assuré (sur présentation d'un justificatif) | Néant | 1,5% du PMSS par jour |
| Actes médicaux | | |
| Généralistes (Consultations et visites) | + 120% de la BR (médecins adhérents à un DPTM) + 100% de la BR (médecins NON adhérents à un DPTM) | |
| Spécialistes (Consultations et visites) | + 130% de la BR (médecins adhérents à un DPTM) + 50% de la BR (médecins NON adhérents à un DPTM) | |
| Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM) | + 75% de la BR (médecins adhérents à un DPTM) + 75% de la BR (médecins NON adhérents à un DPTM) | |
| Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE) | + 95% de la BR (médecins adhérents à un DPTM) + 75% de la BR (médecins NON adhérents à un DPTM) | |
| Auxiliaires médicaux | + 75% BR | |
| Analyses | + 75% BR | |
| Actes médicaux non remboursés SS | | |
| Densitométrie osseuse | Crédit de 100,00 euros par année civile. | |
| Chirurgie réfractive | Crédit de 10% du PMSS par année civile | |
| Pharmacie non remboursée SS | | |
| Vaccins | Crédit de 1,5% du PMSS par année civile. | |
| Sevrage tabagique | Crédit de 4% du PMSS par année civile | |
| Appareillages remboursés SS | | |
| Prothèses auditives | + 20% du PMSS par appareil, limité à 2 appareils par année civile. | |
| Orthopédie & autres prothèses (hors appareillages dentaires et auditifs) | + 100% BR | |

SOINS, PROTHESES DENTAIRES ET ORTHODONTIE :

| NATURE DES FRAIS | NIVEAUX D'INDEMNISATION EN COMPLEMENT DES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE ET DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES VERSEES AU TITRE DU REGIME DE BASE ET/OU D'EVENTUELS ORGANISMES COMPLEMENTAIRES (1) | |
|---|--|------------------|
| | CONVENTIONNE | NON CONVENTIONNE |
| Dentaire remboursé SS | | |
| Prothèses dentaires | Dans la limite de 1450 € (régime de Base + option 2) par année civile | |
| • Incisives, canines, prémolaire (dents du sourire) | + 200% BR | |
| • Molaires (dents du fond de bouche) | + 150% BR | |
| • Inlay core et inlay à clavettes | + 180% BR | |
| Orthodontie | + 100% BR | |
| Dentaire non remboursé SS | | |
| Parodontologie | Crédit de 5% du PMSS par année civile | |
| Prothèses dentaires (*) | Crédit de 12% du PMSS par année civile | |
| Implants dentaires (**) | Crédit de 12% du PMSS par année civile | |
| Orthodontie | 250% BR | |

(*) 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.

(**) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

EQUIPEMENT OPTIQUE :

| NATURE DES FRAIS | NIVEAUX D'INDEMNISATION EN COMPLEMENT DES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE ET DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES VERSEES AU TITRE DU REGIME DE BASE ET/OU D'EVENTUELS ORGANISMES COMPLEMENTAIRES (1) | |
|---|--|------------------|
| | CONVENTIONNE | NON CONVENTIONNE |
| Optique | | |
| <p>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 (sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constaté pour les adultes où la période est réduite à 12 mois*) suivant l'acquisition du précédent équipement.</p> <p>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.</p> <p>* La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 12 mois 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 | +20 euros | |
| Monture enfant | +10 euros | |
| Verres | + Montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction des types de verre. | |
| Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables) | + Crédit de 7% du PMSS par année civile | |

| 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 € | |
| 2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté | | | de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10 | + 45 € | |
| 2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté | | | < à -10 ou > à +10 | + 40 € | |
| 2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté | | Cylindre < à 4 | | de -6 à +6 | + 50 € |
| 2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté | | | | < à -6 et > à +6 | + 45 € |
| 2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté | | Cylindre > à 4 | | de -6 à +6 | + 40 € |
| 2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté | | | | < à -6 et > à +6 | + 45 € |
| 2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté | MULTIFOCAUX | Sphérique | de -4 à +4 | + 90 € | |
| 2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté | | | < à -4 ou > à +4 | + 95 € | |
| 2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté | | Tout Cylindre | | de -8 à +8 | + 100 € |
| 2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté | | | | < à -8 ou > à +8 | + 100 € |

| 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 | + 30 € | |
| 2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté | | | de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10 | + 30 € | |
| 2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté | | | < à -10 ou > à +10 | + 30 € | |
| 2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté | | Cylindre < à 4 | | de -6 à +6 | + 30 € |
| 2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté | | | | < à -6 et > à +6 | + 30 € |
| 2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté | | Cylindre > à 4 | | de -6 à +6 | + 30 € |
| 2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté | | | | < à -6 et > à +6 | + 30 € |
| 2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté | MULTIFOCAUX | Sphérique | de -4 à +4 | + 55 € | |
| 2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté | | | < à -4 ou > à +4 | + 55 € | |
| 2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté | | Tout Cylindre | | de -8 à +8 | + 55 € |
| 2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté | | | | < à -8 ou > à +8 | + 55 € |

AUTRES GARANTIES :

| NATURE DES FRAIS | NIVEAUX D'INDEMNISATION EN COMPLEMENT DES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE ET DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES VERSEES AU TITRE DU REGIME DE BASE ET/OU D'EVENTUELS ORGANISMES COMPLEMENTAIRES (1) | |
|---|--|------------------|
| | CONVENTIONNE | NON CONVENTIONNE |
| Cure thermale remboursée SS | | |
| Frais de traitement et honoraires | Forfait de 10% du PMSS | |
| Frais de voyage et hébergement | | |
| Médecines hors nomenclature | | |
| Acupuncture, étiopathie, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien, psychologue (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée) | 50 euros par acte limité à 5 actes par année civile | |

ABREVIATIONS :

SS : Sécurité sociale

TM : Ticket modérateur

PMSS : Plafond mensuel de la sécurité Sociale.

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

DPTM = Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée :

- OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée)

- OPTAM-CO (Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

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