



AG2R LA MONDIALE



## CONDITIONS GENERALES

# REGIME COMPLEMENTAIRE SANTE OBLIGATOIRE 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 DATE D'EFFET – DUREE – RECONDUCTION DU CONTRAT	4
3 REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES PRESTATIONS	5
4 ADHESION ET OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE	5
5 AFFILIATION ET OBLIGATIONS DES SALARIES	5
6 NOTICE D'INFORMATION	6
7 PLAFOND DES REMBOURSEMENTS	6
8 RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES ET SUBROGATION	7
9 TERRITORIALITE	7
10 PRESCRIPTION	7
11 CONTROLE	8
12 DISPOSITIONS DIVERSES	8

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

13 GARANTIES	11
14 MAINTIEN DES GARANTIES	11
15 CESSATION DES GARANTIES	14
16 LIMITES DES GARANTIES	15
17 MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS	16
18 FORMALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS	17
19 TIERS PAYANT	17
20 PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE	17

### Chapitre 3 - COTISATIONS

21 TAUX DE COTISATIONS ET REPARTITION	18
22 PAIEMENT DES COTISATIONS	18

<b>ANNEXES / TABLEAUX DES GARANTIES</b>	<b>19</b>
---	-----------

## 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 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.

Le Protocole n° 155 du 4 juillet 2014 recommande aux entreprises de la branche d'adhérer aux organismes assureurs visés dans l'accord collectif et repris ci-dessous pour assurer la couverture du régime de remboursement de frais de soin de santé obligatoire :

➤ **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 de définir les conditions d'adhésion des entreprises relevant du champ d'application professionnel des accords collectifs CHRS, auprès des organismes assureurs visés en préambule, ainsi que les modalités d'affiliation des salariés bénéficiaires, pour la couverture du régime de remboursement complémentaire collectif obligatoire des frais de soins de santé établi au sein des accords collectifs CHRS détaillé ci-après.

L'entreprise choisit l'organisme assureur auprès duquel elle souhaite souscrire le Contrat. L'organisme assureur retenu est l'interlocuteur unique de l'entreprise et des salariés, et est ci-après dénommé « l'organisme assureur », le cas échéant représenté par « l'organisme gestionnaire ».

Les salariés ainsi affiliés au contrat deviennent « membres participants », soit de l'Institution, soit de la Mutuelle auprès de laquelle a été souscrit le Contrat.

Ce régime de remboursement complémentaire collectif obligatoire prévoit : un régime de base conventionnel et deux niveaux de régime optionnel. La mise en place du régime optionnel à titre obligatoire est laissée à l'initiative de l'entreprise. Si l'entreprise souscrit à l'un de ces régimes optionnels, les membres participants y sont alors affiliés à titre collectif et obligatoire.

Les présentes Conditions générales ont été établies conformément aux dispositions prévues par la « Convention d'assurance » signée entre les partenaires sociaux des accords collectifs CHRS et les organismes assureurs recommandés, en application du Protocole n° 155 du 4 juillet 2014, (selon les dispositions modifiées en dernier lieu par l'**avenant n°5 du 06.12.2017**) portant sur le régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé des accords collectifs susvisés.

Les résultats de l'ensemble des contrats souscrits par les entreprises de la branche font l'objet d'une mutualisation dans le cadre d'une convention de co-réassurance liant les organismes assureurs qui précise les modalités d'établissement des comptes de cette mutualisation.

#### Article 2 – DATE D'EFFET – DUREE – RECONDUCTION DU CONTRAT

Les présentes Conditions Générales associées aux Conditions Particulières, au contrat ou certificat d'adhésion obligatoirement joints, organisent la mise en œuvre du Contrat.

Le contrat ou certificat d'adhésion de l'entreprise prend effet à la date indiquée au dit document. Il est souscrit par l'entreprise désignée au contrat pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours. Le contrat d'adhésion se renouvelle chaque année à effet du 1<sup>er</sup> janvier, par tacite reconduction.

Les garanties prennent fin :

- en cas de dénonciation dudit Contrat exprimée au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours, par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec avis de réception ;
- au terme de la période prévue à l'article 22 des présentes Conditions générales en cas de non paiement des cotisations ;
- à la date à laquelle l'entreprise ne relève plus du champ d'application professionnel des accords collectifs CHRS. En tout état de cause le contrat pourra être maintenu jusqu'à l'expiration du délai prévu à l'article L 2261-14 du code du travail ;
- à la date d'effet de la dénonciation de la « Convention d'assurance » précitée (les présentes Conditions générales lui étant indissociables) ;

- et en tout état de cause, à la date d'effet de la dénonciation du Protocole n° 155 du 04 Juillet 2014 (modifié dernièrement par l'avenant n°5 du 06.12.2017) organisé au sein des accords collectifs CHRS.

### **Article 3 – REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES PRESTATIONS**

Le Contrat de l'entreprise sera révisé dans les mêmes termes que la « Convention d'assurance » conclue entre les partenaires sociaux des accords collectifs CHRS signataires du Protocole n° 155 du 4 Juillet 2014 (modifié en dernier lieu par l'avenant n°5 du 06.12.2017) et les organismes assureurs.

Les présentes dispositions (garanties / taux) ont été établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la date de signature du Protocole n° 155 du 4 Juillet 2014.

En conséquence, elles seront révisées après négociation avec les partenaires sociaux dans le cadre de la Commission Nationale Paritaire de Négociation (CNPN), en tout ou partie, s'il survenait une modification de ces textes.

Les modifications apportées par voie d'avenant agréé au protocole n° 155, seront entérinées par avenant ou lettre avenant aux présentes Conditions Générales.

### **Article 4 – ADHESION ET OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE**

Par la souscription du Contrat, conforme aux dispositions prévues par le Protocole n° 155 du 4 Juillet 2014 (modifié en dernier lieu par l'avenant n°5 du 06.12.2017) des accords collectifs CHRS, et à compter de sa prise d'effet, l'entreprise acquiert la qualité d'adhérent de l'un des organismes assureurs recommandés.

L'adhésion de l'entreprise au régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé est formalisée par le retour à l'un des organismes assureurs, du Contrat dûment daté et signé.

L'entreprise s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs satisfaisant aux conditions énoncées à l'article 5 suivant, sauf application sous sa responsabilité d'un cas de dispense d'affiliation applicable.

L'entreprise doit :

- fournir à l'organisme assureur retenu la liste de l'ensemble des membres participants bénéficiaires en mentionnant pour chacun d'eux les nom(s), prénom(s), date de naissance, date d'entrée et de sortie et le numéro de Sécurité sociale ou une photocopie de la DSN ou tout autre document nominatif pouvant attester du nombre exact de membres participants visés au Contrat,
- régler les cotisations à l'échéance,
- remettre la notice d'information et faire connaître aux salariés les éventuelles modifications,
- informer tout membre participant quittant l'entreprise de ses droits (article 4 de la loi Évin / dispositif de portabilité),
- informer l'organisme assureur de la sortie des membres participants en adressant un état nominatif du personnel sorti des effectifs avec la date de départ et le motif associé,
- informer l'organisme assureur en cas de restructuration de l'entreprise (cession, liquidation, ...) et changement d'activité.

### **Article 5 – AFFILIATION ET OBLIGATIONS DES SALARIES**

L'adhésion de l'entreprise entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de l'ensemble du personnel, et ce sous réserve qu'il soit affilié au régime général de la Sécurité sociale, à la Mutuelle sociale agricole ou au régime local de la Sécurité sociale (Alsace Moselle).

Par dérogation au caractère obligatoire, peuvent être dispensés d'affiliation au présent régime certains membres participants, dans le respect des conditions légales et conventionnelles en vigueur (découlant de la signature de l'avenant n°4 du 27.06.2016) ou dans l'acte juridique interne de l'entreprise reprenant ces dispositions, organisé selon les modalités définies à l'article L 911.1 du code de la Sécurité sociale et dans la limite de l'article R 246 -1-6 du code de la Sécurité sociale.

En tout état de cause, ces assurés seront tenus de cotiser et d'être affiliés à la couverture frais de santé lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation dans les conditions prévues par les textes susmentionnés.

Chaque membre participant dûment affilié selon les modalités prévues ci-après, bénéficiera du régime de remboursement complémentaire obligatoire de frais de soins de santé :

- ➔ au plus tôt, à la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise, pour tous les membres participants visés au Contrat d'adhésion et dont le contrat de travail est en cours à cette même date,
- ➔ pour tous les membres participants embauchés postérieurement à l'adhésion de l'entreprise, à compter de la date d'embauche.

Tant que le Contrat est en vigueur, aucun salarié bénéficiaire ne peut quitter à titre individuel et de son propre fait le présent régime, sauf cas de dispenses prévus sur l'acte fondateur de mise en place des garanties.

L'affiliation des membres participants se matérialise au moyen d'un bulletin d'affiliation individuel fourni par l'organisme assureur. Chaque membre participant devra compléter et signer ce bulletin qui lui est remis via son entreprise (avec apposition du cachet de l'entreprise sur ce bulletin).

Ce bulletin comporte les renseignements nécessaires concernant notamment le membre participant (nom, prénom, numéro de Sécurité sociale ...).

Le membre participant donne son accord ou non à la transmission automatique de ses décomptes par la Sécurité sociale à l'organisme assureur retenu (procédure Noémie).

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 bulletin d'affiliation individuel.

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

## **Article 6 – NOTICE D'INFORMATION**

Conformément aux dispositions légales en vigueur, les organismes assureurs rédigent une notice d'information à destination des membres participants des entreprises adhérentes, définissant les garanties du régime de remboursement complémentaire obligatoire de frais de soins de santé objet des présentes Conditions générales, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

La notice précise également le contenu des clauses édictant des exclusions ou des limitations de garanties, ainsi que des délais de prescription.

Cette notice sera transmise par l'organisme assureur à chaque entreprise adhérente au moment de son adhésion, à charge pour elle d'en remettre un exemplaire à chaque membre participant. La preuve de la remise de la notice à chaque membre participant incombe à l'entreprise (liste d'émargement par exemple).

**De même, si des modifications sont apportées au présent régime, une nouvelle notice d'information ou un additif seront établis par l'organisme assureur retenu, et remis à chaque membre participant par l'entreprise adhérente.**

## **Article 7 – 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. À cet effet, l'organisme assureur pourra demander des justificatifs.

La participation de l'assureur ne peut en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité Sociale 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 8 – 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 dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

## **Article 9 – TERRITORIALITE**

Les garanties ne sont acquises qu'aux membres participants affiliés au régime de Sécurité sociale français. Les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger, y compris dans le cas d'une hospitalisation, sont 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 10 – 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 du fait de l'assuré, 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 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 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, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le salarié à l'organisme assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

## Article 11 – CONTROLE

Les déclarations faites, tant par l'entreprise que par le membre participant, 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 membre participant, tant à l'occasion de l'adhésion de l'entreprise, de l'affiliation du membre participant, du versement des cotisations qu'à celle de l'ouverture des droits à prestations.

## Article 12 – DISPOSITIONS DIVERSES

### Article 12.1 – RECLAMATIONS :

Toutes les demandes d'information relatives au Contrat doivent être adressées au centre de gestion ou à l'organisme assureur gestionnaire le cas échéant, 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 : à la mutuelle désignée 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 Cambacérès – 75008 PARIS



## Article 12.2 - 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](http://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](mailto:informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr).
- pour MUTEX, à l'attention du Délégué à la protection des données aux adresses postales suivantes :
  - Adrea Mutuelle - Groupe AESIO - 25 place de la Madeleine, 75008 PARIS ou par courriel à [adrea.dpo@adreamutuelle.fr](mailto:adrea.dpo@adreamutuelle.fr)

- Apréva Mutuelle - Groupe AESIO - 25 place de la Madeleine, 75008 PARIS ou par courriel à [apreva.dpo@apreva.fr](mailto: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](mailto:eovi-mcd.dpo@eovi-mcd.fr)
- Chorum - Service DPO - 4 rue Gambetta, 92240 MALAKOFF ou par courriel à [dpo@chorum.fr](mailto:dpo@chorum.fr)
- Harmonie Mutuelle - Service DPO - 29 quai François Mitterrand, 44273 NANTES Cedex 2 ou par courriel à [dpo@harmonie-mutuelle.fr](mailto:dpo@harmonie-mutuelle.fr)
- Ociane - Groupe Matmut - 66 rue de Sotteville, 76100 ROUEN ou par courriel à [dpo@matmut.fr](mailto: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 12.3 - 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 13 – GARANTIES

Les garanties du présent régime prises en application du Protocole n° 155 du 4 Juillet 2014 (tel que modifié en dernier lieu par l'avenant n°5 du 06.12.2017) sont établies sur la base des dispositions générales et des bases de versement des prestations de la Sécurité sociale ainsi que des taxes, contributions et impositions de toute nature en vigueur au moment de la date de signature dudit Protocole et de l'avenant n°5 précité. Elles seront revues, le cas échéant, en cas de changement de ces textes.

Le détail des garanties est repris dans les tableaux figurant en annexes des présentes Conditions générales.

Sont couverts, tous les actes et frais courants 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 de la législation « maladie », « accidents du travail / maladie professionnelles » et « maternité » ainsi que certains actes et frais non pris en charge par ce régime qui sont expressément mentionnés dans le tableau des garanties repris en annexe.

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

### Article 14 – MAINTIEN DES GARANTIES

#### Article 14.1 – Modalités de maintien en cas de suspension du contrat de travail du membre participant

Pour tout salarié le droit à garanties est ouvert pour tout événement survenant pendant la durée du contrat de travail du membre participant. Cependant, le droit à garanties est suspendu de plein droit en cas de suspension du contrat de travail du membre participant. En conséquence, aucune cotisation n'est due pendant cette période.

La garantie reprend effet dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré.

#### **a) En cas de suspension du contrat de travail avec maintien de salaire total ou partiel :**

Le présent régime de base frais de santé est maintenu, moyennant paiement des cotisations salariales et patronales correspondantes (selon les mêmes conditions que celles des membres participants en activité) lorsque la suspension du contrat de travail de l'assuré est due à :

- un arrêt de travail pour maladie (d'origine professionnelle ou non professionnelle)
- un arrêt de travail pour accident (d'origine professionnelle ou non professionnelle),
- un congé maternité,
- l'exercice du droit de grève,
- un congé non rémunéré n'excédant pas un mois continu,
- un congé de solidarité familiale, tel que défini par les articles L. 3142-16 et suivants du Code du travail,
- un congé de soutien familial, tel que défini par les articles L. 3142-22 et suivants du Code du travail.

et en tout état de cause, les garanties seront maintenues en cas de suspension du contrat de travail avec maintien de salaire total ou partiel ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

Dans une telle hypothèse, l'entreprise verse une contribution identique à celle versée pour les membres participants actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le membre participant doit obligatoirement continuer à s'acquitter de sa part de cotisations.

#### **b) En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération :**

Dans les autres cas que ceux cités ci-avant où il y a suspension du droit à garanties, comme par exemple pour congés sans solde non visés par les dispositions précédentes (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise), le salarié peut demander à titre individuel et facultatif auprès de l'organisme assureur à continuer de bénéficier du régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé pendant la durée de son congé.

L'employeur doit informer le salarié par écrit de la possibilité de maintenir l'assurance dans ces cas de suspension du contrat de travail. La cotisation est celle prévue pour le personnel en activité. Celle-ci est à la charge exclusive du salarié qui doit verser directement sa cotisation à l'organisme assureur.

Lorsque le contrat de travail est suspendu en cours de mois, la première cotisation au régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé facultatif due est celle du mois suivant le début du congé.

Lorsque le membre participant termine son congé en cours de mois et qu'il reprend le travail, la dernière cotisation au régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé facultatif due est celle du mois précédant la fin du congé.

Le maintien de cette assurance facultative prend fin dans les cas suivants :

- à la date de fin d'effet de la suspension du contrat de travail,
- en cas de rupture du contrat de travail du membre participant, sous réserve des dispositions prévues dans le cadre des cessations des garanties,
- en cas de non paiement des cotisations.

Lorsque le membre participant n'a pas choisi de maintenir la garantie complémentaire de remboursement de frais de soins de santé, le droit à garanties reprend dès la reprise de travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré.

#### **Article 14.2– Modalités de maintien du régime frais de santé en application du dispositif de portabilité des droits :**

Le présent article a pour objet d'organiser le maintien des garanties frais de santé du présent régime en application du dispositif de portabilité visé par l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale (article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi).

Dans le cadre de ce dispositif obligatoire et au titre des présentes Conditions générales, les garanties du régime obligatoire frais de santé peuvent être maintenues au profit des anciens membres participants qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, bénéficiaient de ces garanties dans l'entreprise.

Ce maintien s'effectue selon les modalités définies ci-après.

##### **▪ Participants :**

Sont garantis dans les conditions définies ci-après, les anciens membres participants qui, à la date de cessation de leur contrat de travail, appartenaient à une catégorie de personnel bénéficiaire des garanties du Contrat, lorsque la rupture ou la fin de leur contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde et qu'elle ouvre droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire au titre du présent régime aient été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail.

Le maintien de ces garanties s'effectue dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité, sauf dispositions particulières définies ci-après 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.

##### **▪ Durée et limites :**

Sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par l'entreprise adhérente 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 cesse lorsque le participant :

- reprend un autre emploi,
- dès 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 décès du bénéficiaire,
- en cas de non renouvellement ou résiliation du Contrat.

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.

#### ▪ **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 salarié et lui remettre un bulletin d'affiliation à la portabilité.

Il appartient ensuite à l'ancien salarié :

- 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 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 salarié 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 salarié, sous réserve que ce dernier fournisse à l'organisme assureur les pièces justificatives énumérées ci-dessus.

Si le participant 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.

#### ▪ **Garanties maintenues :**

Les anciens membres participants définis ci-dessus bénéficient des garanties du présent régime, applicables lors de la rupture ou fin de leur contrat de travail.

En cas de modification ou de révision des garanties des membres participants en activité, les garanties des participants 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.

#### ▪ **Païement des prestations :**

L'ancien membre participant devra produire, auprès de son centre de gestion ou de l'organisme assureur gestionnaire le cas échéant, le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation chômage.

#### ▪ **Financement :**

Le financement du maintien des garanties est assuré par mutualisation, c'est-à-dire par les cotisations de l'entreprise et des salariés en activité (part patronale et salariale).

#### **Article 14.3– Modalités de poursuite du régime de frais de santé en application des dispositions de l'article 4 de la « Loi Évin » au profit du personnel visé ci-après :**

Dans le respect de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite « Loi EVIN ») et de son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990, l'organisme assureur propose, à titre individuel et facultatif, la poursuite d'une couverture frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit :

- des anciens membres participants bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail.

Toutefois, les anciens membres participants visés ci-dessus mais ayant bénéficié du « dispositif de portabilité » prévu au Contrat d'adhésion, pourront en faire la demande dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité.

La garantie prendra effet au plus tôt à l'issue de la période prise en charge au titre du dispositif de portabilité.

Les anciens membres participants qui feront valoir ce droit devront justifier régulièrement de leur situation auprès de l'organisme assureur.

L'organisme assureur doit adresser la proposition de maintien de la couverture article 4 Loi Évin aux anciens membres participants 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.

- au profit des personnes garanties du chef du salarié décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

L'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture au plus tard dans un délai de deux mois suivant le décès de l'assuré.

La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Les tarifs applicables aux personnes visées par l'article 4 de la loi n° 89-1009 mentionnées au présent article seront déterminés dans le respect de la réglementation en vigueur.

#### **Article 15 – CESSATION DES GARANTIES**

Hormis les cas de maintien prévus aux présentes Conditions générales, pour tout membre participant, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l'entreprise adhérente.

En cas de maintien des droits au titre de la portabilité visée à l'article 14.2 des présentes Conditions générales, la garantie cesse le dernier jour du mois de la date de fin de portabilité.

À titre exceptionnel et à condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture aient été acquittées, la garantie peut être maintenue jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail.

En tout état de cause, la garantie cesse d'être accordée en cas de résiliation du Contrat.

En cas de cessation des garanties, le membre participant a la possibilité d'adhérer à l'une des garanties individuelles élaborées à son intention dont les conditions peuvent être communiquées sur simple demande. Sous réserve que la demande d'adhésion individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de 6 mois à compter de la radiation du présent régime, il ne sera pas fait application de période probatoire, ni exigé de formalités médicales.

## Article 16 – LIMITE 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 de garanties figurant en annexe*),
  - 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 Santé publique,
- 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 conséquents 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 conséquents 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 conséquents 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 17 – MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS**

Les demandes de remboursement sont adressées par le membre participant au centre de gestion ou à l'organisme assureur gestionnaire le cas échéant.

**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 comme praticien 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 densitométrie osseuse, 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...),
- en cas de prise en charge de frais au titre de la garantie médicaments prescrits non remboursés, la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du pharmacien,

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 18 – 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 membres participants, 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 19 – TIERS PAYANT**

Après l'enregistrement de l'affiliation du membre participant 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 20 – 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 membre participant dans la limite des garanties.

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 membre participant 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 21 – TAUX DE COTISATIONS ET REPARTITION

La cotisation des actifs, au titre du régime de base de « remboursement complémentaire de frais de soins de santé » est obligatoire et mensuelle.

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

#### S'agissant du régime de base conventionnel :

Le taux de la cotisation mensuelle est appelé conformément au tableau ci-après jusqu'au 31.12.2019 :

<b>Ensemble du personnel</b>	
☞ relevant du régime général de la Sécurité sociale ou de la Mutuelle sociale agricole (MSA)	<b>1,34 % PMSS (*)</b>
☞ relevant du régime local Alsace Moselle	<b>0,82 % PMSS (*)</b>

(\*) PMSS en vigueur au 01.01.2018.

La répartition de la cotisation est de 50% minimum pour l'employeur et de 50% maximum pour le salarié.

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.

#### S'agissant du régime optionnel :

Le taux de la cotisation mensuelle est appelé conformément au tableau ci-après jusqu'au 31.12.2019 :

<b>Ensemble du personnel relevant du régime général de la Sécurité sociale, de la Mutuelle sociale agricole, ou du régime local Alsace / Moselle</b>	
☞ Option n° 1	<b>0,32 % PMSS (*)</b>
☞ Option n° 2	<b>0,77 % PMSS (*)</b>

(\*) PMSS 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.

### Article 22 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations des actifs sont payables par l'entreprise adhérente, trimestriellement à terme échu.

Elles doivent être versées à l'organisme assureur dans le premier mois de chaque trimestre civil, pour le trimestre écoulé. L'adhérent est responsable du paiement des cotisations.

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

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

**Les éventuels frais d'impayés pourront être imputés à l'adhérent.**

## 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
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>		
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
<b>Transport remboursé SS</b>		
Transport	100% BR	
<b>Actes médicaux</b>		
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	
<b>Pharmacie remboursée SS</b>		
Pharmacie	100% BR	
<b>Appareillages remboursés SS</b>		
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
<b>Dentaire remboursé SS</b>		
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
<b>Optique</b>		
<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'EVENUELS ORGANISMES COMPLEMENTAIRES (1)	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
<b>Actes de prévention visés par l'arrêté du 8.06.2006</b>		
<b>Ensemble des actes de prévention (2)</b>	<b>100% BR</b>	

## 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
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>		
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
<b>Actes médicaux</b>		
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)	
<b>Pharmacie non remboursée SS</b>		
Sevrage tabagique	Crédit de 2% du PMSS par année civile	
<b>Appareillages remboursés SS</b>		
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
<b>Dentaire remboursé SS</b>		
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
<b>Optique</b>		
<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>		
<b>Monture adulte</b>	<b>+ 20 euros</b>	
<b>Monture enfant</b>	<b>+ 10 euros</b>	
<b>Verres</b>	<b>+ Montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction des types de verre.</b>	
<b>Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)</b>	<b>+ Crédit de 3% du PMSS par année civile</b>	

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
<b>Cure thermale remboursée SS</b>		
Frais de traitement et honoraires	Forfait de 5% du PMSS	
Frais de voyage et hébergement		
<b>Médecines hors nomenclature</b>		
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'EVENUELS 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
<b>Actes médicaux</b>		
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	
<b>Actes médicaux non remboursés SS</b>		
Densitométrie osseuse	Crédit de 100,00 euros par année civile.	
Chirurgie réfractive	Crédit de 10% du PMSS par année civile	
<b>Pharmacie non remboursée SS</b>		
Vaccins	Crédit de 1,5% du PMSS par année civile.	
Sevrage tabagique	Crédit de 4% du PMSS par année civile	
<b>Appareillages remboursés SS</b>		
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
<b>Dentaire remboursé SS</b>		
<b>Prothèses dentaires</b>	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	
<b>Orthodontie</b>	+ 100% BR	
<b>Dentaire non remboursé SS</b>		
<b>Parodontologie</b>	Crédit de 5% du PMSS par année civile	
<b>Prothèses dentaires (*)</b>	Crédit de 12% du PMSS par année civile	
<b>Implants dentaires (**)</b>	Crédit de 12% du PMSS par année civile	
<b>Orthodontie</b>	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
<b>Optique</b>		
<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>		
<b>Monture adulte</b>	+20 euros	
<b>Monture enfant</b>	+10 euros	
<b>Verres</b>	+ Montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction des types de verre.	
<b>Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)</b>	+ 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
<b>Cure thermale remboursée SS</b>		
Frais de traitement et honoraires	Forfait de 10% du PMSS	
Frais de voyage et hébergement		
<b>Médecines hors nomenclature</b>		
Acupuncture, étioopathie, 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