

## CONDITIONS GÉNÉRALES RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Adhésion obligatoire des salariés  
Cadres et non Cadres



# → SOMMAIRE

PRÉAMBULE	3
DÉFINITIONS	4
1. DISPOSITIONS COMMUNES	6
CHAPITRE I. OBJET, INTERVENANT, DATE D'EFFET, DURÉE ET RECONDUCTION DU CONTRAT	6
Article 1 : Objet	6
Article 2 : Parties au contrat	6
Article 3 : Dispositif assurantiel	6
Article 4 : Vie du contrat	7
CHAPITRE II. BÉNÉFICIAIRES	7
Article 5 : Assurés	7
Article 6 : Ayants droit	8
CHAPITRE III. OBLIGATIONS DES PARTIES	8
Article 7 : Obligations de l'Entreprise	8
Article 8 : Affiliation et entrée en vigueur des garanties	9
Article 9 : Modifications dans le choix des garanties	10
CHAPITRE IV. SUSPENSION, MAINTIEN ET CESSATION DES GARANTIES	10
Article 10 : Cas de suspension du contrat de travail	10
Article 11 : Cas de rupture du contrat de travail	11
Article 12 : Cessation des garanties	13
2. CONDITIONS DE GARANTIES : PRESTATIONS ET COTISATIONS	14
CHAPITRE V. ÉTENDUE DES GARANTIES	14
Article 13 : Nature des garanties et prestations	14
Article 14 : Dispositif contrat « responsable et solidaire » et « panier de soins »	14
Article 15 : Montants retenus	15
CHAPITRE VI. MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS	15
Article 16 : Montants retenus	15
Article 17 : Disposition pour les départements du Bas Rhin, du Haut Rhin et de la Moselle	16
Article 18 : Formalités de règlement des prestations	16
Article 19 : Délais de paiement des prestations	16
Article 20 : Principe indemnitaire	16
Article 21 : Prescription	17
CHAPITRE VII. COTISATIONS	17
Article 22 : Assiettes, structures et modalités de révision des cotisations	17
Article 23 : Paiement des cotisations	17
Article 24 : Défaut de paiement des cotisations	18
3. AUTRES DISPOSITIONS	19
Article 25 : Déclaration et appréciation du risque	19
Article 26 : Subrogation	19
Article 27 : Informatique et libertés	19
Article 28 : Réclamation et litige / médiation	19
Article 29 : Territorialité	19
Article 30 : Organisme de contrôle des Organismes Assureurs	19
Article 31 : Sauvegarde du contrat	19
ANNEXE 1 - MAINTIEN DES GARANTIES RÉGIME D'ACCUEIL	20
ANNEXE 2 - RÉSUMÉ DES GARANTIES	22
ANNEXE 3 - COORDONNÉES DES MUTUELLES PARTENAIRES	26

# → PRÉAMBULE

Par avenant n°11 du 16 avril 2008, tel que modifié par ses avenants ultérieurs, à la Convention Collective Nationale de la Coiffure et des Professions Connexes du 10 juillet 2006, les partenaires sociaux de la branche ont modifié le régime frais de santé applicable à l'ensemble du personnel cadre et non cadre des Entreprises relevant du champ d'application de la Convention précitée.

En effet, ce régime conventionnel a dû évoluer afin de se conformer notamment aux dispositions suivantes :

- la loi n°2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013,
- le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'Assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

De plus, l'avenant n°1 du 15 juin 2016 a modifié l'avenant n°11 du 16 avril 2008, tel que modifié par ses avenants ultérieurs, afin de définir les fonctions et modalités de fonctionnement du comité de pilotage et de suivi de l'accord de branche relatif au régime frais de santé.

Le régime conventionnel frais de santé applicable à l'ensemble du personnel des Entreprises relevant de la Convention Collective de la Coiffure et des Professions Connexes, tel qu'il résulte de ces différents avenants et accords, se présente comme suit :

- **les garanties minimales du régime obligatoire** : les ayants droit du salarié sont couverts à titre obligatoire.
- **les garanties surcomplémentaires** : trois options pour les salariés relevant du Régime Général et une option pour les salariés relevant du régime Alsace-Moselle, au choix de l'Entreprise. Le caractère obligatoire ou facultatif de la garantie surcomplémentaire est laissé à l'initiative de l'Entreprise. Dans l'hypothèse où l'Entreprise opterait pour le caractère obligatoire de la garantie surcomplémentaire, les salariés (et le cas échéant ses ayants droit) y seront alors affiliés à titre obligatoire. Selon le régime souscrit par l'Entreprise, le salarié peut renforcer ses garanties et celles de ses ayants droit pour compléter le régime à adhésion obligatoire.

**Les présentes Conditions Générales associées aux Conditions Particulières obligatoirement jointes constituent le présent contrat d'assurance. Ce dispositif peut être complété d'avenants ou d'additifs susceptibles de venir les compléter ou en modifier ultérieurement les dispositions.**

# → DÉFINITIONS

## **SOUSCRIPTEUR / ENTREPRISE / EMPLOYEUR :**

Personne morale signataire des Conditions Particulières liées aux présentes Conditions Générales.

## **ASSURÉ :**

Salarié affilié au présent contrat, appartenant à la catégorie de personne assurée ou ancien salarié bénéficiant de la portabilité.

## **BÉNÉFICIAIRES :**

L'assuré et ses ayants droit affiliés au présent contrat.

## **ORGANISME ASSUREUR :**

L'un des organismes mentionné à l'Annexe III des présentes Conditions Générales.

## **PRESTATIONS EN NATURE :**

Le remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques,...) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par les bénéficiaires.

## **PLAFOND ANNUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE :**

Valeur de référence fixée annuellement par arrêté publié au journal officiel. Les cotisations et les prestations peuvent être exprimées en pourcentage de sa valeur mensuelle. Son évolution est consultable sur : [www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr).

## **PMSS :**

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

## **PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS :**

Passage par un médecin traitant choisi par l'assuré avant de consulter un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue ainsi que, pour les patients âgés de moins de 26 ans : psychiatre et neuropsychiatre). Le parcours de soins concerne les patients à partir de 16 ans.

Si l'assuré n'a pas déclaré de médecin traitant, ou si s'il souhaite consulter un autre médecin que son médecin traitant sans être orienté par celui-ci, il est alors hors du parcours de soins coordonnés et sera moins bien remboursé par l'Assurance Maladie. Cependant, certains actes ou soins ne s'intègrent pas au dispositif du parcours de soins coordonnés : il sera alors remboursé selon les tarifs habituels.

## **OPTAM (OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE) ET OPTAM-CO (OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE) :**

Mis en place par la convention médicale de 2016 et publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016, ces deux dispositifs remplacent le contrat d'Accès aux Soins depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

L'OPTAM est ouverte :

- aux médecins conventionnés secteur 2,
- aux médecins conventionnés secteur 1 disposant des titres permettant l'accès au secteur 2,
- aux médecins conventionnés secteur 1 disposant d'un droit permanent à dépassements d'honoraires.

L'OPTAM-CO est ouverte aux médecins exerçant en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique ayant réalisé au moins 50 actes de chirurgie ou d'obstétrique durant l'année précédant leur demande de conventionnement.

Pour un même médecin, l'OPTAM-CO n'est pas cumulable avec l'OPTAM.

Il permet aux médecins dont les honoraires sont libres (secteur 2) de stabiliser eux-mêmes leurs taux moyens de dépassements d'honoraires sans que leur liberté d'installation ne soit remise en cause. Ce dispositif conventionnel permet ainsi aux médecins de modérer leur pratique tarifaire, en améliorant la prise en charge de leurs patients.

Quand ils consultent un médecin de secteur 2 ayant adhéré à ces dispositifs dans le cadre du parcours de soins coordonnés, les patients sont remboursés sur la base des tarifs du secteur 1. Il permet aussi de développer et mieux valoriser l'activité à tarif opposable du médecin. Celui-ci bénéficie en effet des nouvelles revalorisations tarifaires du secteur 1.

## **MÉDECIN CORRESPONDANT :**

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le médecin correspondant prend en charge, sur demande du médecin traitant, tout ou partie des soins médicaux. Il travaille en concertation avec le médecin traitant.

## **MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE :**

Un médicament générique est la stricte copie d'un médicament original de marque dont le brevet est tombé dans le domaine public.

**SECTEUR CONVENTIONNÉ ET SECTEUR NON CONVENTIONNÉ :**

**Secteur conventionné :** ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs contrôlés.

- **En secteur 1 :** ils s'engagent à respecter les bases de remboursement de la Sécurité sociale ;
- **En secteur 2 :** ils sont autorisés à dépasser les bases de remboursement de la Sécurité sociale. L'assuré devra alors supporter le dépassement de tarif, la Sécurité sociale ne remboursant que sur la base du tarif de référence.

**Secteur non conventionné :** ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale. Ils pratiquent des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée.

**PARTICIPATION FORFAITAIRE :**

Montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité sociale. Cette participation forfaitaire, à la charge des bénéficiaires, concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques. La participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'Organisme Assureur.

**FRANCHISE :**

La franchise est une somme déduite des remboursements effectués par la Sécurité sociale sur les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence. La franchise n'est pas remboursée par l'Organisme Assureur.

**FORFAIT HOSPITALIER :**

Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement hospitalier public ou privé, y compris le jour de sortie.

**BASE DE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE :**

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

**TICKET MODÉRATEUR :**

Il s'agit de la différence entre la Base de Remboursement et le montant remboursé par la Sécurité sociale. Cette différence est à la charge du patient et remboursée par le présent contrat d'assurance.

**RESTE À CHARGE :**

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de la Sécurité sociale. Il est constitué :

- du Ticket Modérateur,
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

**LE FORFAIT DE 18 EUROS :**

Pour les actes dépassant un certain tarif, le Ticket Modérateur qui reste à la charge du patient est remplacé par une participation forfaitaire de 18 euros. Les modalités d'application sont expliquées sur le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

# → 1. DISPOSITIONS COMMUNES

## CHAPITRE I. OBJET, INTERVENANTS, DATE D'EFFET, DURÉE ET RECONDUCTION DU CONTRAT

### ARTICLE 1. OBJET

Le contrat conclu entre les parties définies à l'article 2 est un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire, coassuré par **Mutex les Organismes Assureurs indiqués en Annexe III** aux présentes Conditions Générales.

Son champ d'application est limité aux Entreprises dont l'activité relève de la Convention Collective Nationale de la Coiffure et des Professions Connexes (IDCC n°2596).

Il complète les prestations en nature versées par la Sécurité sociale en remboursement, dans la limite des frais réellement engagés, des frais médico-chirurgicaux occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, selon le niveau de garanties retenu par l'Entreprise, défini aux Conditions Particulières et ce au profit des salariés obligatoirement affiliés au présent contrat.

Outre le remboursement des prestations médico-chirurgicales, les salariés bénéficient du tiers-payant et de l'accès aux œuvres sociales et services proposés par l'organisme coassureur tel que défini à l'article 2 auprès duquel ils sont affiliés.

Il se compose de deux parties indissociables :

- les Conditions Générales définissant les obligations de chacun ;
- les Conditions Particulières qui comportent notamment :
  - la date d'effet,
  - la définition de la (ou des) catégorie(s) de personnel assurée(s),
  - la nature et le montant des prestations,
  - les taux de cotisation correspondant aux garanties prévues.

L'Entreprise qui souscrit le présent contrat assurant les garanties collectives obligatoires (organisant notamment en Annexe I le maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989 via un « régime d'accueil ») souscrit nécessairement le contrat collectif à adhésion facultative « Surcomplémentaire » permettant l'adhésion facultative des salariés et de leurs ayants droit, aux garanties optionnelles.

**Ces deux contrats collectifs constituent l'ensemble contractuel qui met en œuvre le régime frais de santé de la Convention Collective Nationale de la Coiffure et des Professions Connexes. Ils sont nécessairement liés.**

### ARTICLE 2. PARTIES AU CONTRAT

Chaque contrat est conclu entre :

- d'une part, l'Entreprise dont l'activité relève de la **Convention Collective Nationale de la Coiffure et des Professions Connexes**, indiquée aux Conditions Particulières, et ci-après dénommée « **Entreprise** »;

Et d'autre part les « **Organismes Assureurs** », suivants :

- **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.
- **et les mutuelles partenaires mentionnées à l'Annexe III des présentes Conditions Générales,**

Ces organismes sont coassureurs entre eux et sont ci-après désignés « **les organismes coassureurs** », MUTEX agissant en qualité d'apériteur.

### ARTICLE 3. DISPOSITIF ASSURANTIEL

Afin d'organiser la mutualisation intégrale des risques relatifs au présent contrat entre les Organismes Assureurs précités, ces derniers instituent entre eux une coassurance dont les quotes-parts sont établies à hauteur de 40% pour Mutex et 60% pour les mutuelles partenaires, chacun étant engagé pour la couverture des risques à hauteur de sa quote-part respective et sans solidarité entre eux.

Ils confient à Mutex, en tant qu'apériteur, le rôle de coordinateur et d'interlocuteur unique des partenaires sociaux de la branche de la Coiffure et des Professions Connexes pour la négociation des conditions du contrat et de son renouvellement.

L'organisme coassureur auprès de qui le contrat a été souscrit est l'interlocuteur unique de l'Entreprise et des salariés, et est ci-après dénommé « **l'Organisme Assureur** ».

L'Entreprise peut acquérir la qualité de « membre honoraire » de la Mutuelle auprès de laquelle elle a souscrit le contrat, dans les conditions définies par les statuts de cette Mutuelle.

Les salariés deviennent **membres participants** de la Mutuelle auprès de laquelle a été souscrit le contrat.

Les assurés bénéficient du respect de la garantie de leurs droits en cas de modification ou de cessation de la coassurance.

En effet, chaque coassureur peut demander son retrait de la coassurance.

En tout état de cause, les dispositions qui s'appliqueront en conséquence de ce retrait, prendront effet au 31 décembre de l'année de la demande, à minuit.

Dans ce cas, la part des prestations et des provisions correspondantes, à la charge de chacun des coassureurs démissionnaires et correspondant à des frais de santé engagés avant la prise d'effet du retrait, demeurent à leur charge respective.

Afin d'assurer la continuité de couverture, votre contrat se poursuit auprès des coassureurs non démissionnaires, ceci tant que l'une des parties au contrat n'en demande pas la résiliation dans les conditions prévues au contrat. La nouvelle répartition entre les coassureurs sera communiquée au souscripteur.

## ARTICLE 4. VIE DU CONTRAT

### ARTICLE 4.1. Date d'effet, durée et reconduction

Le contrat prend effet à la date fixée aux Conditions Particulières émises après réception du Bulletin d'Adhésion Entreprise dûment rempli et signé par l'Entreprise.

**Il est souscrit dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre suivant la date de sa souscription.**

**Il est ensuite reconduit tacitement au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une ou l'autre partie selon les modalités définies à l'article 4.3 « Résiliation » des présentes Conditions Générales.**

### ARTICLE 4.2. Révision

**Les garanties et les cotisations telles qu'elles sont définies dans le présent contrat ont été établies en application de l'avenant n°11 du 16 avril 2008, tel que modifié par ses avenants ultérieurs, à la Convention Collective Nationale de la Coiffure et des Professions Connexes.**

**Le présent contrat peut en conséquence être révisé dans le cas où le régime complémentaire Frais de santé de la Convention Collective Nationale précitée viendrait à évoluer.**

A compter de l'envoi de l'avenant, l'Entreprise a deux mois pour refuser les nouvelles conditions, en adressant à l'Organisme Assureur, une lettre recommandée avec avis de réception. Le refus entraîne la résiliation du présent contrat à effet du premier jour du mois civil qui suit la réception du courrier.

### ARTICLE 4.3. Résiliation

**Le contrat peut être résilié :**

- **à la demande de l'Entreprise, tous les ans par lettre recommandée avec avis de réception sous réserve du respect d'un préavis de deux mois, avant la date d'échéance annuelle soit avant le 31 octobre de l'année en cours,**
- **à la demande de l'Organisme Assureur, tous les ans, par lettre recommandée avec avis de réception sous réserve du respect d'un préavis de deux mois, avant la date d'échéance annuelle, soit avant le 31 octobre de chaque année,**
- **à la demande de l'Organisme Assureur, à l'issue du délai de deux mois, lorsque l'Entreprise ne relève plus de la Convention Collective de la Coiffure et des Professions Connexes en raison, notamment, de l'application d'une nouvelle convention collective. 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,**

**Seuls les frais de soins dont la date figurant sur le décompte de la Sécurité sociale est antérieure à la date d'effet de la résiliation pourront donner lieu à prise en charge.**

Cependant, en cas de résiliation du présent contrat, l'Organisme Assureur pourra proposer une couverture dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle, sous réserve que l'assuré en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat collectif.

Les conditions tarifaires appliquées seront celles du contrat proposé par l'Organisme Assureur, en vigueur à la date d'effet de la résiliation du présent contrat.

## CHAPITRE II. BÉNÉFICIAIRES

### ARTICLE 5. ASSURÉS

Pour l'application du présent contrat, il faut entendre par **Assurés, l'ensemble des salariés cadres et non cadres titulaires d'un contrat de travail**, inscrits à l'effectif de l'Entreprise à la date de prise d'effet du contrat, ainsi que ceux embauchés postérieurement, sous réserve qu'ils soient affiliés au Régime Général de la Sécurité sociale ou au régime local Alsace Moselle et qu'ils formulent leur demande d'affiliation dans les conditions définies à l'Article 8 du présent contrat.

Toutefois, les salariés peuvent être dispensés d'affiliation au contrat selon les modalités prévues à l'avenant n°36 du 8 juillet 2015 à l'avenant n°11 du 16 avril 2008 à la Convention Collective Nationale de la Coiffure et des Professions Connexes.

De plus, les salariés peuvent être dispensés d'affiliation au contrat en application des textes en vigueur relatifs aux cas de dispenses dits de plein droit.

Dès lors que les conditions ayant justifié les dispenses d'affiliation cessent, ou en l'absence de justificatifs, les salariés concernés devront alors être obligatoirement affiliés au contrat, à compter du premier jour du mois civil suivant la modification de leur situation.

L'Entreprise s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs satisfaisant aux conditions ci-dessus.

Les salariés engagés postérieurement à la date de prise d'effet du contrat conclu par l'Entreprise sont affiliés dès lors qu'ils répondent aux conditions définies ci-dessus, sous réserve d'avoir été déclarés auprès de l'Organisme Assureur dans les trois mois suivant la date de leur embauche.

Sont également affiliés au présent contrat les anciens salariés qui appartenaient à la catégorie de personnel mentionnée aux Conditions Particulières, bénéficiant de la portabilité au titre d'un contrat d'assurance antérieur, sous réserve qu'ils aient été déclarés à l'Organisme Assureur préalablement à la souscription du contrat.

# → 1. DISPOSITIONS COMMUNES (SUITE)

## ARTICLE 6. AYANTS DROIT

### ARTICLE 6.1. Ayants droit affiliés à titre obligatoire

Les ayants droit de l'Assuré tels que définis ci-après sont affiliés au régime Frais de santé, et bénéficient du même niveau de garanties que l'Assuré, sous réserve d'avoir rempli les formalités d'affiliation requises à l'Article 8.

#### On entend par ayant droit de l'Assuré :

- **Son conjoint non divorcé à charge au sens de la Sécurité sociale.**

#### A défaut, est assimilé au conjoint de l'Assuré :

- son **partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS)**. Est considérée comme partenaire de PACS, quel que soit son sexe, la personne ayant conclu avec l'assuré un contrat ayant pour but d'organiser leur vie commune, tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code Civil. Les signataires d'un PACS sont désignés par le terme de partenaires.
- à défaut son **concubin**. Est considérée comme concubin, la personne vivant en couple avec l'assuré dans le cadre d'une union de fait, au sens de l'article 515-8 du Code Civil, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes, justifiée par la production d'une attestation de domicile commun (quittance de loyer, facture EDF ou justificatif d'un domicile fiscal commun).
- **les enfants de l'assuré ou de son conjoint, son concubin ou partenaire lié par un PACS :**
  - à charge au sens de la Sécurité sociale,
  - s'ils justifient de la poursuite de leurs études à plein temps et au plus tard jusqu'à leur 26<sup>e</sup> anniversaire, ayant leur propre immatriculation,
  - s'ils justifient de la poursuite de leurs études à temps partiel, en contrat d'alternance (apprentissage ou professionnalisation) et dont les ressources sont inférieures à 80% du SMIC, au plus tard jusqu'à leur 26<sup>e</sup> anniversaire, ayant leur propre immatriculation,
  - âgés de moins de 26 ans, ayant terminé leur scolarité, inscrits à pôle Emploi et en recherche d'un premier emploi pendant une durée d'un an au maximum,
  - quel que soit leur âge, s'ils sont atteints de maladies chroniques ou incurables les mettant dans l'impossibilité permanente de se livrer à toute activité rémunérée selon la réglementation de la Sécurité sociale, titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 146-9 du Code de l'Action Sociale et de la Famille ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » et percevant l'allocation compensatrice pour adultes handicapés (AAH).
- **Toute personne vivant sous le même toit que l'Assuré et reconnue par la Sécurité sociale comme ayant droit de l'Assuré.**

### ARTICLE 6.2. Ayants droit adhérents à titre facultatif

Peuvent bénéficier du régime de manière facultative :

- Le conjoint et assimilé non à charge de l'Assuré au sens de la Sécurité sociale,
- Le Conjoint et assimilé en activité professionnelle (hors coiffure) cotisant à titre personnel auprès d'un régime de Sécurité sociale ou assimilé, s'il le souhaite et sous réserve du paiement d'une cotisation spécifique (cotisant à titre volontaire).

## CHAPITRE III. OBLIGATIONS DES PARTIES

### ARTICLE 7. OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE

#### Ouverture des droits

Afin de mettre en œuvre les garanties définies aux Conditions Particulières jointes, l'Entreprise doit adresser à l'Organisme Assureur les pièces suivantes :

#### Lors de la souscription

- une liste, indiquant les nom, prénom, date de naissance, numéro de Sécurité sociale et domicile des assurés, dont les anciens salariés qui appartenaient à la catégorie de personnel mentionnée aux Conditions Particulières, bénéficiant de la portabilité au titre d'un contrat d'assurance antérieur, ainsi que la date d'embauche au sein de l'Entreprise, ou une photocopie de la DADS ou DSN ou tout autre document nominatif pouvant attester du nombre exact de salariés visés au contrat,
- un Bulletin d'Adhésion Entreprise complété, daté et signé par la personne dûment habilitée à représenter l'Entreprise,
- un Bulletin Individuel d'Affiliation dûment complété et signé par chaque salarié accompagné de toute autre pièce mentionnée dans ce document.

#### En cours d'exercice

- **Entrée de nouveaux salariés**  
un Bulletin Individuel d'Affiliation dûment complété et signé par chaque salarié ;
- **Sortie des salariés**  
un état mensuel nominatif du personnel sorti des effectifs avec la date de départ et le motif associé.

**Ces états doivent être transmis dès que possible et au plus tard dans les trois mois suivant l'événement.**

#### Changement d'activité

Dans le cas où l'Entreprise change d'activité et ne relève plus de la **Convention Collective Nationale de la Coiffure et des Professions Connexes**, celle-ci devra le notifier à l'Organisme Assureur par lettre recommandée avec avis de réception au plus tard **deux mois** après ledit changement. Les Organismes



Assureurs se réservent la possibilité de résilier le contrat selon les modalités prévues à l'Article 4.3 « Résiliation » des présentes Conditions Générales.

#### **Information des Assurés**

Les Organismes Assureurs s'engagent à établir une notice d'information qui définit les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur et de poursuite pour les bénéficiaires de l'article 4 de la loi Evin, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

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

L'Entreprise est tenue de remettre à chaque assuré un exemplaire de la notice d'information établie par l'Organisme Assureur.

**Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des assurés**, l'Entreprise est également tenue de les en informer, en leur remettant une notice dûment actualisée (ou un additif).

**La preuve de la remise de la notice d'information aux assurés et des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe à l'Entreprise.**

## **ARTICLE 8. AFFILIATION ET ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES**

#### **Affiliation et entrée en vigueur des garanties des assurés**

L'affiliation de l'Assuré ne pourra produire ses effets que dans la mesure où celui-ci remplit et signe un Bulletin Individuel d'Affiliation qui lui est remis, via l'Entreprise, par l'Organisme Assureur.

En outre, chaque Assuré est tenu, pour bénéficier des prestations définies au contrat, de fournir à l'Organisme Assureur toute déclaration et justificatifs nécessaires tels qu'ils sont précisés dans la notice d'information, notamment son attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) et un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

#### **Le bénéfice des garanties débute pour un Assuré :**

- soit à la prise d'effet du contrat, dès lors qu'il appartient à la catégorie de personnel visée aux Conditions Particulières à cette date ;
- soit à compter de la date à laquelle il répond aux conditions définies au chapitre II des présentes Conditions Générales, lorsqu'il est embauché postérieurement à la date d'effet du contrat, sous réserve d'avoir été déclaré auprès de l'Organisme Assureur dans les trois mois suivant son embauche ;
- pour les anciens salariés en portabilité, à la date de prise d'effet du contrat ou à la date de rupture de leur contrat de travail si elle est postérieure.

**En tout état de cause, seuls les frais faisant l'objet d'un remboursement au titre des garanties du contrat et dont la date de soins est postérieure à la date de prise d'effet du contrat et au plus tôt à la date d'affiliation donnent lieu à prise en charge au titre du contrat et ce, à hauteur des garanties couvertes.**

**L'Organisme Assureur se réserve par ailleurs le droit de réclamer toute autre pièce justificative complémentaire.**

#### **Affiliation, entrée en vigueur et cessation des garanties des ayants-droit**

Les garanties des ayants droit de l'Assuré entrent en vigueur à la date de prise d'effet de l'affiliation de l'Assuré, s'ils ont été déclarés sur le premier Bulletin Individuel d'Affiliation rempli par le salarié.

En cas de modification de la situation personnelle de l'Assuré entraînant une modification des ayants-droit, celui-ci dispose d'un délai de 3 mois suivant l'évènement pour en informer l'Organisme Assureur, à l'exception de la naissance ou de l'adoption d'un enfant qui doivent être déclarées dans les 30 jours qui suivent et lui adresser un Bulletin Individuel de Modification accompagné des pièces justificatives. La modification des ayants droit prend effet à la date de la modification de la situation personnelle de l'Assuré, sous réserve des règles de prescription.

Toutefois, en cas de déclaration tardive, la modification n'est prise en considération qu'à compter du premier mois civil suivant la réception par l'Organisme Assureur de ces informations.

#### **Affiliation facultative du conjoint (ou assimilé) non à charge de l'Assuré**

Le conjoint (ou assimilé) non à charge de l'Assuré à la faculté d'adhérer à titre facultatif à la couverture frais de santé moyennant une cotisation additionnelle telle que défini à l'Article 22.2 des présentes Conditions Générales.

L'adhésion est formalisée par un Bulletin Individuel d'Affiliation dûment complété et signé par l'Assuré, le bulletin devant être remis à l'Organisme Assureur par l'intermédiaire de l'Entreprise ou directement adressé à l'Organisme Assureur le cas échéant.

L'adhésion prend effet le premier jour du mois civil suivant la réception **par l'Organisme Assureur du Bulletin Individuel d'Affiliation.**

**En tout état de cause, seuls les frais faisant l'objet d'un remboursement au titre des garanties du contrat et dont la date de soins est postérieure à la date de prise d'effet de l'affiliation des ayants droit ou de l'adhésion du conjoint (ou assimilé) non à charge de l'Assuré donnent lieu à prise en charge au titre du contrat et ce, à hauteur des garanties couvertes.**

**L'Organisme Assureur se réserve par ailleurs le droit de réclamer toute autre pièce justificative complémentaire.**

#### **FACULTÉ DE RENONCIATION**

L'Assuré peut demander à renoncer à l'adhésion de son conjoint (ou assimilé) non à charge pendant un délai de trente jours calendaires à compter du moment où il est informé que son adhésion a pris effet.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'Organisme Assureur.

Dans le cas où la cotisation est à échoir, la renonciation entraîne de plein droit la restitution par l'Organisme Assureur de l'intégralité des cotisations versées par le bénéficiaire dans un délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée, sous déduction des éventuelles prestations versées.

**La renonciation est définitive.**

## → 1. DISPOSITIONS COMMUNES (SUITE)

### RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

L'Assuré peut demander à résilier l'adhésion de son conjoint (ou assimilé) non à charge au présent contrat, en adressant à l'Organisme Assureur une demande de résiliation par lettre recommandée avec avis de réception **au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours.**

**Toute demande de résiliation est considérée comme définitive.**

En cas de modifications des droits et obligations du conjoint (ou assimilé) non à charge de l'Assuré, adhérent à titre facultatif, l'Assuré peut dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice l'en informant, résilier son adhésion en raison de ces modifications.

### ARTICLE 9. MODIFICATION DANS LE CHOIX DES GARANTIES SURCOMPLÉMENTAIRES PAR L'ENTREPRISE

Les Entreprises qui ont choisi de compléter les garanties du régime de base à adhésion obligatoire, par des garanties surcomplémentaires, peuvent effectuer des changements dans leurs choix aux conditions suivantes :

- Sous réserve d'en aviser l'Organisme Assureur par lettre recommandée avec avis de réception, au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours, ce changement sera alors effectif à partir du 1<sup>er</sup> janvier suivant et sous réserve de l'accord de l'Organisme Assureur matérialisé par l'émission d'un avenant ou de nouvelles Conditions Particulières.
- Le changement de formule de garanties surcomplémentaires est valable jusqu'à la prochaine échéance, il s'applique à tous les assurés et leurs ayants-droit affiliés, le cas échéant.

## CHAPITRE IV. SUSPENSION, MAINTIEN ET CESSATION DES GARANTIES

### ARTICLE 10. CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

#### Article 10.1. Cas de suspension de contrat de travail indemnisé

**En cas de suspension du contrat de travail d'un Assuré donnant lieu à indemnisation** [que ce soit sous la forme d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'Employeur (salaire ou revenu de remplacement, à la charge de l'Employeur), ou sous la forme d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité) financée au moins pour partie par l'Employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers], les garanties définies au présent contrat sont maintenues pour l'Assuré et ses ayants-droits couverts à titre obligatoire, pendant toute la durée de suspension de son contrat de travail.

**Dans ce cas, la participation patronale et la part salariale afférentes aux cotisations continuent à être versées selon les mêmes modalités que celles en vigueur pour les salariés en activité.**

#### Article 10.2. Cas de suspension de contrat de travail non indemnisé

**En cas de suspension du contrat de travail de l'Assuré excédant 1 mois continu ne donnant lieu ni à maintien total ou partiel de rémunération par l'Employeur** (salaire ou revenu de remplacement, à la charge de l'Employeur), ni à indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité) financée au moins pour partie par l'Employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, les garanties de l'Assuré et de ses ayants-droit sont suspendues de plein droit.

Il en est ainsi notamment en cas de :

- congé sabbatique ;
- congé pour création d'Entreprise ;
- congé parental d'éducation ;
- congé individuel de formation ;
- congé de présence parentale ;
- congé sans solde, tel que convenu après accord entre l'Employeur et le salarié ;
- et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation, telle que décrite ci-dessus.

La suspension des garanties intervient à la date de la suspension du contrat de travail.

**Elle s'achève dès la reprise effective du travail par l'Assuré, sous réserve que l'Organisme Assureur en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise.**

**Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.**

**En tout état de cause, les frais médico-chirurgicaux dont la date des soins se situe durant la période de suspension des garanties ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du contrat.**

#### Article 10.3. Maintien des garanties à titre facultatif

Les Assurés en suspension de contrat de travail dans les conditions visées à l'Article 10.2 des présentes Conditions Générales, et leurs ayants-droit peuvent toutefois bénéficier, à titre facultatif, du maintien des garanties décrites dans le contrat, dans les conditions définies ci-après, sous réserve de s'acquitter d'une cotisation dont le montant est précisé aux Conditions Particulières du contrat.

Les garanties et prestations sont identiques à celles du présent contrat.

La demande de maintien doit être faite par écrit auprès de l'Organisme Assureur au plus tard dans le mois suivant la date du début de suspension du contrat de travail.

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

### 1) Prise d'effet du maintien des garanties

Les garanties prennent effet au plus tôt le premier jour de la suspension du contrat de travail si la demande a été formulée antérieurement à celle-ci. Dans les autres cas, elles prendront effet le premier jour du mois suivant la demande, sous réserve que l'Assuré n'y ait pas renoncé dans les 30 jours suivant la suspension.

### 2) Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de fin de la suspension du contrat de travail de l'Assuré,
- à la date de résiliation de l'affiliation par l'Organisme Assureur en cas de non-paiement des cotisations, telle que prévue au paragraphe 4) ci-après,
- à la date de résiliation de l'affiliation par l'Assuré, opérée par lettre recommandée avec avis de réception, adressée à l'Organisme Assureur au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours, étant précisé que cette résiliation est définitive,
- à la date de liquidation de la pension de retraite de la Sécurité sociale, sauf situation de cumul emploi retraite prévue par la législation en vigueur,
- à la date d'effet de la résiliation du présent contrat,
- à la date de cessation du contrat de travail de l'Assuré (correspondant au terme du préavis effectué ou non), sous réserve des dispositions de l'Article 11,
- et, en tout état de cause, au jour du décès de l'Assuré, sous réserve des dispositions de l'Article 11.1 des présentes Conditions Générales.

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

### 3) Cotisations

Les Assurés en suspension de contrat de travail dans les conditions visées à l'Article 10.2 des présentes Conditions Générales devront s'acquitter d'une cotisation qui sera intégralement à leur charge.

Les cotisations sont payables par les Assurés mensuellement d'avance, par prélèvement sur leur compte bancaire par l'Organisme Assureur.

### 4) Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, l'Assuré peut être exclu du groupe assuré.

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

Lors de la mise en demeure, l'Assuré est informé qu'à l'expiration du délai précité, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion et celle de ses ayants droit des garanties définies au présent contrat.

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

## ARTICLE 11. CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

**Article 11.1. Anciens salariés : préretraités, retraités, anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité, d'invalidité ou d'un revenu de remplacement et ayants-droit d'un assuré décédé**

Les anciens salariés assurés au titre du présent contrat bénéficiant de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi peuvent bénéficier, dans le cadre d'une adhésion facultative du maintien des garanties frais de santé définies au présent contrat (régime d'accueil).

**En application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi Evin), peuvent bénéficier, à titre facultatif, du maintien de la couverture prévue par le contrat, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :**

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

**Le dépassement des délais ci-dessus mentionnés entraîne la forclusion définitive de la demande.**

**L'Organisme Assureur doit en conséquence être informé du décès ou de la cessation du contrat de travail, par l'Entreprise, dans les meilleurs délais.**

Les garanties prennent effet :

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

## → 1. DISPOSITIONS COMMUNES (SUITE)

- pour **le(s) ayant(s) droit d'un Assuré décédé** : au plus tôt, le lendemain du décès de l'Assuré et au plus tard, le lendemain de la demande.

Une proposition de maintien des garanties est adressée par l'Organisme Assureur aux anciens salariés visés à l'article 4 de la loi « Evin » et le cas échéant, aux personnes garanties du chef de l'Assuré décédé, au plus tard dans **un délai de deux mois** à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité ou dans les **deux mois** suivant le décès du salarié à condition que l'Entreprise ait informé l'Organisme Assureur dans les meilleurs délais.

Les Assurés devront faire part de leur choix par écrit, adressé à l'Organisme Assureur.

Les conditions de mise en œuvre des garanties sont indiquées en Annexe I des présentes Conditions Générales.

### Article 11.2. Anciens salariés privés d'emploi et indemnisés par Pôle emploi (Portabilité)

Les salariés assurés au titre du présent contrat, bénéficient du maintien à titre gratuit de la couverture prévue par le présent contrat en cas de cessation du contrat de travail non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'Assurance chômage, selon les conditions suivantes :

- 1° Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail 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 ;
- 2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier Employeur ;
- 3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'Entreprise ;
- 4° L'ancien salarié justifie auprès de son Organisme Assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail.

**L'Employeur doit signaler le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'Organisme Assureur dont relève le salarié de la cessation du contrat de travail.**

#### 1) Définition des bénéficiaires du dispositif

Peuvent bénéficier du maintien des garanties définies au présent contrat, les anciens salariés et le cas échéant leurs ayants droit bénéficiaires des garanties au moment de la cessation du contrat de travail, satisfaisant aux conditions cumulatives suivantes :

- le contrat de travail doit avoir été rompu : l'ensemble des motifs de cessation du contrat de travail sont admis (licenciement à titre individuel ou pour motif économique,

rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l'Assurance chômage, convention de reclassement personnalisé notamment) **à l'exception de la faute lourde** ;

- la cessation de ce contrat de travail doit ouvrir droit à indemnisation par le régime d'Assurance chômage ;
- les droits à prestations doivent avoir été ouverts chez le dernier Employeur avant la rupture du contrat de travail.

#### 2) Obligations des parties

##### a) Obligations des anciens salariés

Les anciens salariés doivent justifier auprès de l'Organisme Assureur, à l'ouverture et au cours de la période du maintien des garanties, des conditions énoncées ci-dessus et notamment de leur indemnisation par le régime d'Assurance chômage, s'ils souhaitent bénéficier du maintien des garanties (notamment l'ouverture des droits à l'indemnisation chômage et la cessation du versement des allocations chômage).

##### b) Obligations de l'Entreprise

Le Souscripteur doit remettre à chacun des anciens salariés une notice d'information établie par l'Organisme Assureur.

**La preuve de la remise de cette notice ainsi que de ses modifications, incombe à l'Entreprise.**

**Par ailleurs, il doit remplir, vis-à-vis de l'Organisme Assureur, les obligations suivantes :**

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

#### 3) Prise d'effet, durée et cessation du maintien des garanties prévues au contrat

##### a) Prise d'effet du maintien

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

##### b) Durée du maintien

L'ancien salarié et, le cas échéant, ses ayants droit bénéficient de ce maintien des garanties à compter de la date de cessation du contrat de travail, pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage dans la limite du dernier contrat de travail de l'ancien salarié ou 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.

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

##### c) Cessation du maintien

**Le maintien des garanties cesse :**

- **à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'Assurance chômage (reprise d'activité professionnelle, liquidation de la pension de retraite de base, notamment) ou dès lors que l'ancien salarié n'apporte plus la preuve de bénéficier de cette indemnisation ;**

- à la date d'effet de la résiliation du présent contrat collectif ;
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail ;
- au jour du décès de l'assuré.

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

#### 4) Définition des garanties et prestations

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur au sein de l'Entreprise, pour la catégorie de salariés actifs à laquelle appartenaient les anciens salariés.

#### 5) Modifications contractuelles

**Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (modification du niveau des prestations notamment), pendant la période de maintien des droits, seront opposables aux anciens salariés dans les mêmes conditions, ainsi qu'à leurs ayants droit.**

#### 6) Modalités de financement

Le maintien des garanties, dans les conditions suscitées, s'effectue par le biais **d'un financement assuré par mutualisation.**

#### 7) Droits à portabilité ouverts à la date de prise d'effet du contrat

Les anciens salariés du Souscripteur dont les droits à portabilité sont ouverts à la date de prise d'effet du contrat bénéficient du maintien des garanties, dans les conditions définies au présent article, pour la période de maintien de leurs droits restant à courir, sous réserve qu'ils aient été déclarés à l'Organisme Assureur préalablement à la souscription du contrat.

## ARTICLE 12. CESSATION DES GARANTIES

### Les garanties du présent contrat cessent :

- à la date à laquelle l'Assuré cesse d'appartenir à la catégorie de personnel figurant aux Conditions Particulières,
- pour les ayants droit, dès lors qu'ils ne répondent plus à la qualité d'ayant droit telle que définie à l'Article 6 des présentes Conditions Générales,
- pour le conjoint (ou assimilé) non à charge couvert à titre facultatif, lorsque son adhésion a fait l'objet d'une résiliation par l'Assuré ou qu'il a été exclu du groupe assuré pour défaut de paiement,
- à la date de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale de l'Assuré, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur (sous réserve du bénéfice de l'Article 11.1),
- à la date de cessation du contrat de travail de l'Assuré (au terme du préavis effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties telles que prévues à l'Article 11.2,
- au jour du décès de l'Assuré, sous réserve des dispositions de l'article 4 de la loi Evin, en ce qui concerne les ayants droit garantis du chef de l'Assuré décédé,
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat.

**La cessation des garanties mise en œuvre au bénéfice de l'Assuré entraîne, à la même date, la cessation des garanties mise en œuvre au profit de ses ayants droit.**

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

# → 2. CONDITIONS DE GARANTIES PRESTATIONS ET COTISATIONS

## CHAPITRE V. ÉTENDUE DES GARANTIES

### ARTICLE 13. NATURE DES GARANTIES ET PRESTATIONS

On entend par **frais médico-chirurgicaux** ceux reconnus comme tels par la Sécurité sociale.

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

### ARTICLE 14. DISPOSITIF CONTRAT « SOLIDAIRE ET RESPONSABLE » « PANIER DE SOINS »

#### Article 14.1. Cadre réglementaire

Les dispositions du contrat s'inscrivent dans le cadre de la législation et de la réglementation relatives aux « contrats responsables », définies aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale et relatives au « panier de soins » définies aux articles L.911-7 et D. 911-1 du Code de la Sécurité sociale.

En aucun cas les termes du présent contrat ne peuvent contredire aux règles des contrats « responsables ». En cas de contradictions, les règles du contrat « responsable » priment sur les présentes dispositions.

#### Article 14.2. Niveaux de couverture

**Le contrat ne prend pas en charge :**

- **la majoration de la participation des bénéficiaires prévue à l'article L 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L 1111-15 du Code de la santé publique (non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin hors parcours de soins),**
- **les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18 de l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques,**
- **la participation forfaitaire obligatoire prévue au II de l'article L 160-13 du Code de la Sécurité sociale fixée à 1 euro par consultation, acte médical ou de biologie. Toutefois, lorsque pour un assuré, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile,**

- **la franchise forfaitaire obligatoire prévue au III de l'article L 160. 13 du Code de la Sécurité sociale, applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D 160.9 du Code de la Sécurité sociale, aux prestations et produits suivants remboursables par l'Assurance maladie, soit à ce jour :**

**- 0,50 euro par boîte de médicaments mentionnés aux articles L.5111-2, L.5121-1 et L.5126-4 du Code de la Santé Publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,**

**- 0,50 euro pour les actes effectués par des auxiliaires médicaux, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation,**

**- 2,00 euros pour les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.**

Les montants et plafonds indiqués ci-dessus sont susceptibles d'évoluer en fonction des évolutions législatives et réglementaires.

#### Article 14.3. Précisions sur l'étendue de la couverture

##### Prise en charge du Ticket Modérateur

Le service du tiers payant permet aux Assurés et échéant, à leurs ayants droit d'être dispensés de tout ou partie de l'avance de frais de soins auprès des professionnels de santé.

Le présent contrat met en œuvre, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, le tiers payant généralisé. Les Assurés et le cas échéant, leurs ayants droit peuvent ainsi en bénéficier auprès des professionnels de santé pratiquant le tiers payant sur la part complémentaire, pour les dépenses engagées relatives à tous les actes et prestations de santé visés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et garantis au présent contrat, au moins à hauteur du Ticket Modérateur.

##### Optique :

- Les prestations de ce poste s'expriment en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale complété d'un forfait en euros par équipement (monture et verres) sauf dispositions figurant sur le tableau des garanties.
- Les prestations « monture » et « verres » sont limitées à une paire de lunettes tous les 2 ans par bénéficiaire. Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le contrat peut prévoir une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus. Dans ce cas, les règles de prise en charge sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (plafond, plancher, délai de renouvellement).

Cette période de 2 ans (24 mois) s'apprécie à compter de la date d'acquisition du premier équipement ; cette période peut donc être différente entre l'assuré et chacun de ses ayants droit.

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

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

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

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

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

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

Un équipement est dit mixte lorsqu'il est composé :

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

### Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Les honoraires de médecins feront l'objet de remboursements différenciés selon qu'ils sont ou non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée suivants :

- Contrat d'Accès aux Soins (CAS),
- OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée),
- OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique).

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes.

Elle doit respecter la double limite suivante :

- elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, en respectant **une différence au moins égale à 20 points par rapport au tarif de responsabilité** de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'Assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensée par les médecins non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée).

- elle ne doit pas dépasser 100% du tarif de responsabilité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base du Tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

Si le remboursement des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée n'est pas plafonné, le maximum de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée est porté à 100% du tarif de responsabilité depuis le 1er janvier 2017.

### Forfait journalier

Le contrat prend en charge l'intégralité du forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers de santé, sous réserve des exclusions suivantes.

**Sont exclus :**

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

### Honoraires

Le remboursement des médecins non conventionnés se fera sur la base du Tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

**Les prestations servies respectent les limites fixées par les textes encadrant le « contrat responsable » : les dépassements d'honoraires et frais de soins sont pris en charge dans la limite des interdictions et plafonds de prises en charge des « contrats responsable » tels que prévus aux articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale , déduction faite des remboursements déjà opérés par des garanties complémentaires intervenues avant la garantie prévue au présent contrat, dans la limite des frais facturés.**

## ARTICLE 15. GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES

L'Assuré et ses ayants droit peuvent bénéficier de la prise en charge de certains soins prescrits médicalement mais non remboursés par la Sécurité sociale.

Cette prise en charge est liée aux résultats des comptes du régime : certaines prestations pourront donc être réduites ou supprimées.

Les demandes de remboursements de ces prestations sont formulées par les assurés auprès de l'Organisme Assureur qui les examine et les traite en fonction des fonds disponibles.

Le descriptif des garanties supplémentaires figure en Annexe II aux présentes Conditions Générales.

## CHAPITRE VI. MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le contrat intervient en complément du régime obligatoire de base de la Sécurité sociale.

Pour le conjoint (ou assimilé) travailleur non salarié, les remboursements sont effectués sur les mêmes bases que ceux dont bénéficient les assurés du contrat.

## → 2. CONDITIONS DE GARANTIES : PRESTATIONS ET COTISATIONS (SUITE)

### ARTICLE 16. MONTANTS RETENUS

#### Prestation exprimée en pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale

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

#### Montants des frais réels retenus

Les montants des frais réellement engagés retenus par les Organismes Assureurs sont égaux :

- aux montants indiqués sur les décomptes originaux de remboursements de la Sécurité sociale,
- à défaut, aux montants indiqués par le praticien sur la feuille de soins destinée à la Sécurité sociale,
- à défaut, aux montants résultant de l'application de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

#### Maternité

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

Les soins et frais indemnisés au titre de l'assurance Maternité intervenant durant la période comprise entre le 1<sup>er</sup> jour et le 6<sup>e</sup> mois de grossesse et 12 jours après l'accouchement sont garantis par extension des risques médico-chirurgicaux.

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

### ARTICLE 17. DISPOSITION POUR LES DÉPARTEMENTS DU BAS RHIN, DU HAUT RHIN ET DE LA MOSELLE

Les assurés relevant du régime local Alsace Moselle bénéficient de dispositions spécifiques prévues par le Code de la Sécurité sociale pour cette zone géographique. Les garanties applicables à ces assurés sont indiquées en Annexe II des présentes Conditions Générales.

### ARTICLE 18. FORMALITÉS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

#### Les prestations sont traitées :

- par échange NOEMIE (télétransmission), sauf opposition écrite de l'Assuré ;
- sur présentation du décompte établi par le régime obligatoire de la Sécurité sociale.

La demande doit être accompagnée des pièces et des justificatifs originaux (note d'honoraires ; facture originale détaillée établie sur papier à entête du praticien ou de l'établissement revêtu de

sa signature et portant mention des nom, prénom de l'Assuré ; décomptes originaux des règlements du régime obligatoire de la Sécurité sociale).

Pour les actes ou frais non pris en charge par la Sécurité sociale, l'Assuré devra adresser à l'Organisme Assureur les originaux des factures et notes d'honoraires acquittés.

Lors de l'affiliation, l'Assuré fournit un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

Ces pièces sont conservées par les Organismes Assureurs qui sont en droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire.

**Les demandes de prestations doivent être produites dans un délai de deux ans, lequel commence à courir à partir de la date du décompte de la Sécurité sociale, date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations.**

### ARTICLE 19. DÉLAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations garanties sont servies dans un délai maximum de **quarante-huit heures** en échange NOEMIE ou de **cinq jours ouvrés** à réception des décomptes et des pièces nécessaires à la constitution du dossier et des éventuels renseignements complémentaires demandés par les Organismes Assureurs, hors flux NOEMIE.

Les prestations sont versées soit directement à l'Assuré (par virement sur compte bancaire), soit aux professionnels de santé si l'un des bénéficiaires des garanties du présent contrat a fait usage du tiers payant.

### ARTICLE 20. PRINCIPE INDEMNITAIRE

**Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et dans la limite des plafonds d'indemnisation fixés aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.**

**Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.**

**Le conjoint (ou assimilé) salarié bénéficiant d'une couverture frais médicaux au sein de son Entreprise et couvert par le présent contrat en tant qu'ayant droit a la possibilité de faire intervenir les deux Organismes Assureurs.**

**Le premier Organisme Assureur consulté interviendra dans la limite des frais réels et des dispositions prévues à son contrat. Si après cela, un reste à charge demeure, le deuxième Organisme Assureur interviendra dans la limite du reste à**



**charge, de la garantie prévue à son contrat et, en tout état de cause dans le respect des interdictions et plafonds de prise en charge des « contrats responsables ».**

De même, lorsque les deux conjoints (ou assimilés) sont salariés de l'Entreprise souscriptrice du contrat objet des présentes Conditions Générales et que les deux cotisent et sont affiliés à titre principal, si le contrat prévoit la couverture du conjoint (ou assimilé) en tant qu'ayant droit, chacun peut prétendre pour lui-même et ses enfants à charge, à un complément de remboursement comme ayant droit de son conjoint (ou assimilé), dans les limites exposées au paragraphe précédent.

## ARTICLE 21. PRESCRIPTION

**Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.**

**Toutefois, ce délai ne court :**

- **en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'Assuré ou de son ayant-droit, que du jour où les Organismes Assureurs en ont eu connaissance ;**
- **en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là ;**
- **quand l'action de l'assuré ou de son ayant-droit contre les Organismes Assureurs a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par celui-ci.**

**La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par l'assuré ou l'ayant-droit ou par l'Organisme Assureur ; demande en justice, même en référé ; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.**

**L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Organisme Assureur à l'Entreprise, ou à l'Assuré, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Entreprise, l'Assuré à l'Organisme Assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.**

## CHAPITRE VII. COTISATIONS

### ARTICLE 22. ASSIETTES, STRUCTURES ET MODALITÉS DE RÉVISION DES COTISATIONS

#### Article 22.1. Assiette des cotisations

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

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

#### Article 22.2. Structures de cotisations

Une cotisation « Famille » uniforme est retenue afin de financer les garanties du contrat.

Cette structure de cotisation couvre l'Assuré et ses ayants-droit tels que définis au contrat sous réserve que le conjoint (ou assimilé) tel que défini à l'article 6 des présentes Conditions Générales ait le même numéro de Sécurité sociale que l'Assuré.

Pour le conjoint (ou assimilé) non à charge de l'Assuré qui adhère à titre facultatif au contrat, une cotisation additionnelle spécifique est appliquée et à la charge exclusive de l'Assuré et dont le montant est précisé aux Conditions Particulières.

#### Article 22.3. Révision des cotisations

Il est convenu entre les partenaires sociaux de la branche signataires de l'accord et les Organismes Assureurs de gérer les paramètres du régime complémentaire afin qu'il reste à l'équilibre.

On entend par équilibre un ratio prestations dues au titre d'une année civile (prestations versées dans l'année, y compris les variations de provisions pour sinistre à payer) sur les cotisations perçues au titre de cette même année (nettes d'indemnités de gestion et de la TSA), inférieur ou égal à 1.

Lorsque le risque se trouve aggravé du fait d'une sinistralité importante enregistrée au cours de l'année civile écoulée ou à la suite de nouvelles dispositions réglementaires ou législatives faisant évoluer notamment, les prestations en nature du régime obligatoire d'Assurance maladie, ou les impôts, taxes et contributions de toute nature, les Organismes Assureurs peuvent proposer les mesures à prendre pour restaurer l'équilibre du contrat.

Ces mesures seront formalisées par voie d'avenant au contrat dans les conditions définies à l'Article 4.2 des présentes Conditions Générales.

### ARTICLE 23. PAIEMENT DES COTISATIONS

#### Article 23.1. Par l'Entreprise

Les cotisations sont payées trimestriellement à terme échu par l'Entreprise directement à l'Organisme Assureur, au plus tard dans les dix jours qui suivent la fin du trimestre civil.

Le calcul de chaque versement trimestriel est effectué à partir de l'effectif assuré au cours du trimestre au titre duquel les cotisations sont dues.

Il est précisé que pour les Assurés exerçant leur activité à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité.

L'Entreprise assure le précompte des cotisations et est **seule responsable du paiement en totalité des cotisations afférentes à leurs salariés, y compris des parts salariales précomptées sur le salaire des assurés.**

#### Article 23.2. Régularisation

A partir de l'état nominatif trimestriel ou le cas échéant annuel, des Assurés, l'Organisme Assureur établit un document d'ajustement du paiement des cotisations qu'il adresse à l'Entreprise. Les parties s'engagent à régulariser le compte dans un délai d'un mois à compter de la production du document d'ajustement.

**Remarque :**

**En cas d'affiliation d'un Assuré avant le 15 du mois, l'intégralité de la cotisation afférente au mois en cours doit être versée.**

En cas d'affiliation d'un Assuré à partir du 15 du mois, la cotisation afférente au mois en cours est gratuite.

Pour toute radiation d'un Assuré avant le 15 du mois, la cotisation afférente au mois en cours est gratuite.

Pour toute radiation d'un Assuré à partir du 15 du mois, l'intégralité de la cotisation afférente au mois en cours doit être versée.

En l'absence de communication de l'état nominatif, l'Organisme Assureur pourra procéder à toutes régularisations sur la base d'éléments en sa possession. L'Entreprise doit mettre à disposition de l'Organisme Assureur toutes les informations nécessaires pour vérifier l'exactitude de ses déclarations.

### Article 23.3. Par l'assuré

La cotisation afférente à l'adhésion du conjoint (ou assimilé) non à charge de l'Assuré est payable par l'Assuré, mensuellement d'avance, dans les 10 jours de son échéance.

Le paiement est effectué par prélèvement sur son compte bancaire par l'Organisme Assureur.

L'Assuré est seul responsable du paiement des cotisations dont il a la charge intégrale.

Les modalités de paiement des cotisations ci-dessus présentées sont applicables sauf entente plus favorable convenue avec l'Employeur.

Remarque :

Pour toute radiation du conjoint (ou assimilé) non à charge à partir du 15 du mois, l'intégralité de la cotisation afférente au mois en cours doit être versée.

## ARTICLE 24. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

### Article 24.1. Défaut de paiement des cotisations par l'Entreprise

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

Dans cette lettre de mise en demeure, l'Organisme Assureur informe l'Entreprise des conséquences que ce défaut de paiement entraîne sur la poursuite du contrat à l'issue des 40 jours suivant la mise en demeure, en l'occurrence :

- L'Entreprise à l'égard de laquelle le défaut de paiement est constaté continue à être redevable de la cotisation dont l'Organisme Assureur poursuit le recouvrement par tout moyen. En outre, elle est redevable d'une pénalité de retard égale, par mois ou fraction de mois de retard, à 2% de la cotisation. Les frais de recouvrement sont, en outre, mis à la charge de l'Entreprise.
- Les salariés de l'Entreprise considérée restent affiliés au régime et continuent à bénéficier des garanties, lesquelles sont financées par l'ensemble des Entreprises cotisantes.

### Article 24.2. Défaut de paiement des cotisations par par l'Assuré au titre de l'adhésion facultative du conjoint (ou assimilé) non à charge

Le présent paragraphe concerne l'adhésion facultative du conjoint (ou assimilé) non à charge de l'Assuré qui bénéficie des garanties, dans le cadre des dispositions prévues par le contrat.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, le conjoint (ou assimilé) non à charge peut être exclu.

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

Lors de la mise en demeure, l'Assuré est informé qu'à l'expiration du délai précité, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner l'exclusion de son conjoint (ou assimilé) non à charge des garanties définies au présent contrat.

Les frais entraînés par un rejet de prélèvement pour défaut de provision sont imputables à l'Assuré (et le cas échéant à ses ayants droit).

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

## → 3. AUTRES DISPOSITIONS

### ARTICLE 25. DÉCLARATION ET APPRÉCIATION DU RISQUE

**Les déclarations faites, tant par l'Entreprise que par l'Assuré, servent de base à la garantie. L'Organisme Assureur se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées, l'exactitude des documents produits tant au moment de la souscription, du versement des cotisations qu'au moment du versement des prestations, notamment par la consultation du registre du personnel et des écritures comptables.**

### ARTICLE 26. SUBROGATION

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, les Organismes Assureurs sont subrogés, jusqu'à concurrence du montant desdites prestations, dans les droits et actions de l'Assuré victime d'un accident, contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

### ARTICLE 27. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

En vertu des dispositions de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et de la réglementation européenne sur la protection des données personnelles, le souscripteur et les Assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime, des données personnelles les concernant qui feraient l'objet de traitements mis en œuvre par les Organismes Assureurs. Elles ont aussi le droit de définir des directives relatives au sort de leurs données personnelles après la mort.

Les droits d'accès, de rectification et d'opposition peuvent s'exercer en s'adressant au siège de l'Organisme Assureur dont relève le souscripteur.

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier de prestations sont nécessaires à la mise en œuvre des garanties auxquelles le bénéficiaire peut prétendre.

Ces informations sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants et prestataires des Organismes Assureurs pour les besoins de la gestion du contrat.

Tout consommateur qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique.

### ARTICLE 28. RÉCLAMATION-LITIGE ET MÉDIATION

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

Les réclamations concernant l'application du contrat peuvent être adressées à l'Organisme Assureur mentionné aux Conditions Particulières.

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du présent contrat, ou de désaccord sur la réponse donnée à la réclamation, l'Entreprise ou l'Assuré peuvent avoir recours au médiateur nommé par l'Organisme Assureur et désigné aux Conditions Particulières.

Le médiateur peut être saisi uniquement **après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations** propres à chaque Organisme Assureur, étant précisé que certains litiges ne relèvent pas de sa compétence.

### ARTICLE 29. TERRITORIALITÉ

Les garanties ne sont acquises qu'aux assurés affiliés au régime de Sécurité sociale français. Les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger, y compris dans le cas d'une hospitalisation, sont remboursés sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale.

Les garanties produisent leurs effets dans le monde entier si le séjour de l'Assuré à l'étranger n'excède pas trois mois ou si l'Assuré est détaché par son Employeur au sein de l'Union Européenne et qu'il bénéficie du régime de la Sécurité sociale. Les prestations de l'Organisme Assureur viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale et sont payées en euros.

### ARTICLE 30. ORGANISME DE CONTRÔLE DES ORGANISMES ASSUREURS

L'organisme de contrôle des Organismes Assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 61, rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09.

### ARTICLE 31. SAUVEGARDE DU CONTRAT

**Les garanties et les cotisations définies aux présentes Conditions Générales ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de la signature de l'avenant n°11 du 16 avril 2008, tel que modifié par ses avenants ultérieurs, à la Convention Collective Nationale de la Coiffure et des Professions Connexes du 10 juillet 2006 relatif au régime de soins de santé.**

**Conformément à l'Article 22.3 « Révision des cotisations » des présentes Conditions Générales, dans l'hypothèse d'une modification de quelque nature que ce soit de la réglementation applicable au contrat, notamment au regard de la fiscalité applicable, du traitement social des contributions Employeur et plus généralement du droit de la Sécurité sociale, les engagements de l'Organisme Assureur ne pourront s'en trouver aggravés.**

**Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions résultant desdits aménagements, les garanties resteront acquises sur la base des présentes Conditions Générales associées aux Conditions Particulières jointes.**

# → ANNEXE 1 - MAINTIEN DES GARANTIES RÉGIME D'ACCUEIL

Les dispositions qui suivent organisent la mise en œuvre du maintien de couverture au bénéfice des personnes visées à l'article 4 de la loi Evin N° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Les anciens salariés assurés précédemment au titre du régime des actifs, ainsi que les ayants droit des salariés décédés, peuvent bénéficier du maintien des garanties en adhérant à titre **individuel et facultatif** au régime d'accueil mis en place, **en contrepartie du paiement de la cotisation correspondante, sous réserve d'en formuler la demande dans un délai de six mois à compter de la rupture du contrat de travail ou du décès de l'Assuré.**

**Dans l'hypothèse où l'Assuré a bénéficié du maintien des garanties au titre de l'Article 11.2 des présentes Conditions Générales, le point de départ du délai de six mois est reporté à l'expiration du bénéfice de ce maintien.**

## 1) PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet :

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

L'adhésion s'effectue sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médical, sous réserve qu'elle soit demandée à l'Assureur dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le cas échéant, suivant la date à laquelle prend fin le maintien prévu à l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, ou pour les ayants droits, du décès du salarié.

Afin d'adhérer au contrat d'accueil, chaque candidat à l'assurance doit remplir, signer et retourner à l'Assureur un Bulletin Individuel d'Affiliation, afin de préciser notamment ses noms, prénoms, date de naissance, numéro de Sécurité sociale, nature de la rupture du contrat de travail.

Le dépassement des délais ci-dessus mentionnés entraîne la forclusion définitive de la demande.

Sous réserve du paiement des cotisations, l'adhésion et les garanties du contrat d'accueil prennent effet le lendemain de la demande d'adhésion et au plus tôt à la date de rupture du contrat de travail de l'ancien assuré, qui bénéficiait des garanties du contrat collectif obligatoire, ou le lendemain de la date de décès de l'ancien assuré.

**Chaque Assuré est couvert pour les mêmes garanties que celles dont il bénéficiait à titre obligatoire en tant qu'actifs ou, le cas échéant, au niveau auquel le salarié décédé était couvert à titre obligatoire dans son Entreprise.**

A compter de la date d'effet de l'adhésion au contrat d'accueil, l'ensemble des frais est pris en charge à concurrence des garanties souscrites, quelle que soit l'antériorité de l'affection.

**En revanche, les dépenses engagées avant la date d'effet de l'adhésion ne sont pas couvertes.**

## FACULTÉ DE RENONCIATION A L'ADHÉSION

L'Assuré ainsi que ses ayants droits, le cas échéant, qui bénéficient des garanties du contrat d'accueil à titre facultatif peuvent renoncer à leur adhésion par lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'Organisme Assureur, pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion au régime d'accueil a pris effet.

Dans le cas où la cotisation est à échoir, la renonciation entraîne de plein droit la restitution par l'Organisme Assureur de l'intégralité des cotisations versées par le bénéficiaire dans un délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée, sous déduction des éventuelles prestations versées.

**La renonciation est définitive.**

## 2) CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

### Résiliation de l'adhésion par l'assuré

L'Assuré peut résilier son adhésion au contrat d'accueil à chaque échéance annuelle. Cette demande ne peut intervenir qu'au 31 décembre de l'exercice et doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception à l'Organisme Assureur au moins deux mois avant l'échéance.

Cette résiliation est définitive et sans possibilité de réintégration, elle vaut tant pour l'Assuré que pour ses ayants droit, s'ils bénéficient des garanties du contrat d'accueil.

### Les garanties cessent :

- à la date de résiliation de l'adhésion par l'Assuré opérée par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'Organisme Assureur au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours, étant précisé que cette résiliation est définitive tant pour l'Assuré que pour ses ayants droit ;
- à la date de l'exclusion de l'Assuré par l'Organisme Assureur, en cas de non-paiement des cotisations, tel que prévu au paragraphe « Défaut de paiement des cotisations » de la présente annexe ;

- au jour du décès de l'Assuré.

La résiliation par l'Entreprise du présent contrat collectif obligatoire a pour conséquence qu'aucune nouvelle adhésion au contrat d'accueil ne pourra être prise en compte.

L'Entreprise et l'Organisme Assureur pourront, à la demande de l'Entreprise, convenir des modalités de transfert des personnes garanties par le présent contrat.

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

### 3) COTISATIONS

La cotisation est fixée en référence au contrat auquel était affilié l'ancien salarié dans la limite définie par la réglementation en vigueur à la date d'effet de l'adhésion de l'Assuré.

Elle est payable mensuellement d'avance dans les 10 jours de son échéance.

Le paiement est effectué par prélèvement sur son compte bancaire par l'Organisme Assureur.

L'ancien salarié ou l'ayant droit du salarié décédé est seul responsable du paiement des cotisations dont il a la charge intégrale.

### 4) DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, l'Organisme Assureur adressera à l'Assuré (et le cas échéant à ses ayants droit) une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception.

**Lors de la mise en demeure, l'Assuré est informé qu'à l'expiration du délai précité, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties du régime d'accueil.**

Si 40 jours plus tard la cotisation reste impayée, l'Organisme Assureur informe l'Assuré de la cessation automatique de la garantie et de son exclusion et de celle de ses ayants droit.

Les frais entraînés par un rejet de prélèvement pour défaut de provision sont imputables à l'Assuré (et le cas échéant à ses ayants droit).

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

# → ANNEXE 2 - RÉSUMÉ DES GARANTIES

## Garanties Régime Conventionnel - Régime Général

PRESTATIONS RÉGIME COMPLÉMENTAIRE y compris Sécurité sociale	
HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MÉDICALE, MOYEN SÉJOUR OU PSYCHIATRIE <sup>1</sup>	Base Conventiennelle
Honoraires Optam / Optam-Co - Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI - Actes techniques médicaux, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie	135 % BR
Honoraires Hors Optam / Optam-Co - Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI - Actes techniques médicaux, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie	115 % BR
Frais de séjour	145 % BR
Forfait journalier <sup>(2)</sup>	100 % du tarif en vigueur
Chambre particulière	15 € par jour dans la limite de 30 jours par année civile en hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou psychiatrie
Frais d'accompagnement d'un enfant assuré de moins de 10 ans	Néant
Lit accompagnant	15 € par jour
<b>CONSULTATIONS - VISITES</b>	
Consultations généralistes - Visites Optam	100 % BR
Consultations généralistes - Visites Hors Optam	100 % BR
Consultations spécialistes Optam / Optam-Co	100 % BR
Consultations spécialistes hors Optam / Optam-Co	100 % BR
Actes de spécialité Optam / Optam-Co (ATM et ADC)	100 % BR
Actes de spécialité hors Optam / Optam-Co (ATM et ADC)	100 % BR
Analyses et examens de biologie	100 % BR
Radiologie Optam	100 % BR
Radiologie hors Optam	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
<b>PROTHÈSES AUTRES QUE DENTAIRES</b>	
(audioprothèses, orthopédie, petit appareillage et accessoires)	100 % BR
<b>OSTÉOPATHIE - CHIROPRACTIE - ETIOPATHIE</b>	
(diplômé d'État, inscrit au registre préfectoral et exerçant en France)	20 €/consultation (limité à 80 €/an et par bénéficiaire)
<b>PHARMACIE - TRANSPORT</b>	
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) majeur ou important	100 % BR
Médicaments à SMR modéré (homéopathiques et préparations magistrales)	100 % BR
Médicaments à SMR faible	100 % BR
Frais de transport	100 % BR
<b>DENTAIRE PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>	
Soins dentaires (AXI, END, SDE, TDS)	125 % BR
Prothèses dentaires (ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN)	270 % BR
Inlays - Onlay (INO) *	270 % BR
Orthodontie	175 % BR tous les 6 mois
<b>DENTAIRE NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>	
Prothèses dentaires (PDT, PFC, RPN)	Néant
Implants (IMP)	400 € par an et par bénéficiaire
<b>PARODONTOLOGIE (TDS)</b>	
- Curetage/Surfaçage	50 % FR limités à 1 % PMSS par séance dans la limite de 2 séances par an
- Greffe gingivale	50 % FR limités à 3 % PMSS par séance dans la limite d'1 greffe par an
- Allongement coronaire	50 % FR limités à 0,5 % PMSS par intervention dans la limite de 2 interventions par an
- Lambeau	50 % FR limités à 1,5 % PMSS par intervention dans la limite de 4 interventions par an
<b>OPTIQUE<sup>3</sup></b>	
Verres (par verre)	100 % BR + 79,50 €
Monture	100 % BR + 111 €
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR + 3,5 % PMSS par an
Lentilles médicalement justifiées refusées par la Sécurité sociale	3,5 % PMSS par an
Kératotomy (chirurgie au laser de la myopie)	6 % PMSS par œil
<b>MATERNITÉ</b>	
Participation frais de maternité (versement d'une prime) ***	7 % PMSS
Chambre particulière	100 % FR limités à 1,5 % PMSS par jour dans la limite de 12 jours par an et par bénéficiaire
<b>AUTRES REMBOURSEMENTS</b>	
Pilules et patchs contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale	100 % FR limités à 1 % PMSS par an et par bénéficiaire
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	80 % FR limités à 4 % PMSS par personne et par an

Le contrat prend en charge l'ensemble des actes de prévention visés par l'arrêté du 08/06/06. - BR : Base de remboursement Sécurité sociale - FR : Frais réels - PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 269 € au 1er janvier 2017)  
OPTAM (Ex CAS) : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Optam-Co (Ex CAS) : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique.

\* Actes en SC : SC7, SC12, SC17. Pas de remboursement pour les inlays, onlays non remboursés par la Sécurité sociale. - \*\* Le montant de la BR reconstruite est de 107,50 €

\*\*\* Le versement de la prestation complémentaire de la maternité s'entend par enfant et par parent cotisant y compris dans le cas de naissance gémellaire.

(1) Pour les praticiens non conventionnés, la base de remboursement (BR) retenue par la mutuelle est celle des praticiens conventionnés.

(2) Forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers, à l'exclusion des EHPAD - Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes et les MAS - Maisons d'Accueil Spécialisées.

(3) La prise en charge des dépenses d'optique est encadrée par des plafonds et des planchers différents en fonction du niveau de correction nécessaire. Elle est par ailleurs limitée à un équipement tous les deux ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement (verres + monture) sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction où un équipement peut être remboursé tous les ans.

# Options - Régime Général

## PRESTATIONS RÉGIME COMPLÉMENTAIRE y compris Sécurité sociale et Base Conventiennelle

Option 1	Option 2	Option 3
170 % BR	220% BR	535% BR
130 % BR	180% BR	180% BR
170 % BR	220% BR	545% BR établissements conventionnés 245% BR établissements non conventionnés
Néant	Néant	Néant
2 % PMSS par jour dans la limite de 40 jours par année civile en hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou psychiatrie	2 % PMSS par jour dans la limite de 40 jours par année civile en hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou psychiatrie	2,5 % PMSS par jour dans la limite de 40 jours par année civile en hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou psychiatrie
1% PMSS par jour dans la limite de 30 jours par année civile en hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou psychiatrie	1% PMSS par jour dans la limite de 30 jours par année civile en hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou psychiatrie	1% PMSS par jour dans la limite de 30 jours par année civile en hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou psychiatrie
25 € par jour	30 € par jour	35 € par jour
135 % BR	185% BR	250% BR
115 % BR	165 % BR	200 % BR
135 % BR	185% BR	250% BR
115 % BR	165 % BR	200 % BR
135 % BR	185% BR	250% BR
115 % BR	165 % BR	200 % BR
125 % BR	175 % BR	250% BR
135 % BR	185 % BR	250% BR
115 % BR	165 % BR	200 % BR
125 % BR	175 % BR	250% BR
125 % BR	175 % BR	250% BR
30 € par consultation limité à 120 € par an et par bénéficiaire	30 € par consultation limité à 120 € par an et par bénéficiaire	35 € par consultation limité à 140 € par an et par bénéficiaire
100 % BR	100 % BR	100 % BR
100 % BR	100 % BR	100 % BR
100 % BR	100 % BR	100 % BR
100 % BR	100 % BR	100 % BR
150 % BR	200 % BR	275% BR
370% BR	470 % BR	570% BR
320% BR	370 % BR	420% BR
225% BR tous les 6 mois	275% BR tous les 6 mois	325% BR tous les 6 mois
150% BR reconstituée ** 425 € par an et par bénéficiaire	200% BR reconstituée ** 450 € par an et par bénéficiaire	300% BR reconstituée ** 500 € par an et par bénéficiaire
50% FR limités à 1% PMSS par séance dans la limite de 2 séances par an	50% FR limités à 1% PMSS par séance dans la limite de 2 séances par an	50% FR limités à 1% PMSS par séance dans la limite de 2 séances par an
50% FR limités à 3% PMSS par séance dans la limite d'1 greffe par an	50% FR limités à 3% PMSS par séance dans la limite d'1 greffe par an	50% FR limités à 3% PMSS par séance dans la limite d'1 greffe par an
50% FR limités à 0,5% PMSS par intervention dans la limite de 2 interventions par an	50% FR limités à 0,5% PMSS par intervention dans la limite de 2 interventions par an	50% FR limités à 0,5% PMSS par intervention dans la limite de 2 interventions par an
50% FR limités à 1,5% PMSS par intervention dans la limite de 4 interventions par an	50% FR limités à 1,5% PMSS par intervention dans la limite de 4 interventions par an	50% FR limités à 1,5% PMSS par intervention dans la limite de 4 interventions par an
100 % BR + 99,00 €	100 % BR + 110,00 €	100 % BR + 127,00 €
100% BR + 130,5 €	100% BR + 150 € - TM	100% BR + 150 € - TM
100 % BR + 4,1% PMSS par an	100 % BR + 4,7% PMSS par an	100 % BR + 6,5% PMSS par an
4,1% PMSS par an	4,7% PMSS par an	6,5% PMSS par an
8% PMSS par œil	10% PMSS par œil	15% PMSS par œil
10% PMSS	13% PMSS	16% PMSS
100% FR limités à 1,5% PMSS par jour dans la limite de 12 jours par an et par bénéficiaire	100% FR limités à 1,5% PMSS par jour dans la limite de 12 jours par an et par bénéficiaire	100% FR limités à 1,5% PMSS par jour dans la limite de 12 jours par an et par bénéficiaire
100% FR limités à 1% PMSS par an et par bénéficiaire	100% FR limités à 1% PMSS par an et par bénéficiaire	100% FR limités à 1% PMSS par an et par bénéficiaire
80% FR limités à 4% PMSS par personne et par an	80% FR limités à 4% PMSS par personne et par an	80% FR limités à 4% PMSS par personne et par an

# Garanties - Régime Alsace Moselle

PRESTATIONS RÉGIME COMPLÉMENTAIRE y compris Sécurité sociale		
HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MÉDICALE, MOYEN SÉJOUR OU PSYCHIATRIE <sup>1</sup>	Base Conventioneerelle	Option y compris Base Conventioneerelle
Honoraires Optam / Optam-Co - Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI - Actes techniques médicaux, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie	100 % BR	210 % BR
Honoraires Hors Optam / Optam-Co - Actes en ATM, ADC, ADA, ACO, ADE et ADI - Actes techniques médicaux, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, d'échographie, d'imagerie	100 % BR	190 % BR
Frais de séjour	100 % BR	200 % BR
Forfait journalier <sup>(2)</sup>	100% du tarif en vigueur	100% du tarif en vigueur
Chambre particulière	100% FR dans la limite de 60 jours par année civile en hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou psychiatrie	100% FR dans la limite de 60 jours par année civile en hospitalisation chirurgicale, médicale, moyen séjour ou psychiatrie
Frais d'accompagnement d'un enfant assuré de moins de 10 ans	100% FR dans la limite de 1,5% PMSS par jour	100% FR dans la limite de 2,5% PMSS par jour
Lit accompagnant	15 € par jour	25 € par jour
<b>CONSULTATIONS - VISITES</b>		
Consultations généralistes - Visites Optam	210% BR	270% BR
Consultations généralistes - Visites Hors Optam	190% BR	200% BR
Consultations spécialistes Optam / Optam-Co	210% BR	270% BR
Consultations spécialistes hors Optam / Optam-Co	190% BR	200% BR
Actes de spécialité Optam / Optam-Co (ATM et ADC)	210% BR	270% BR
Actes de spécialité hors Optam / Optam-Co (ATM et ADC)	190% BR	200% BR
Analyses et examens de biologie	150% BR	250% BR
Radiologie Optam	160% BR	220% BR
Radiologie hors Optam	140% BR	150% BR
Auxiliaires médicaux	150% BR	250% BR
<b>PROTHÈSES AUTRES QUE DENTAIRES</b>		
(audioprothèses, orthopédie, petit appareillage et accessoires)	150% BR	250% BR
<b>OSTÉOPATHIE - CHIROPRACTIE - ÉTIOPATHIE</b>		
(diplômé d'État, inscrit au registre préfectoral et exerçant en France)	20 €/consultation (limité à 80 €/an et par bénéficiaire)	30 €/consultation (limité à 110 €/an et par bénéficiaire)
<b>PHARMACIE - TRANSPORT</b>		
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) majeur ou important	100 % BR	100 % BR
Médicaments à SMR modéré (homéopathiques et préparations magistrales)	100 % BR	100 % BR
Médicaments à SMR faible	100 % BR	100 % BR
Frais de transport	100 % BR	200 % BR
<b>DENTAIRE PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>		
Soins dentaires (AXI, END, SDE, TDS)	350 % BR	350 % BR
Prothèses dentaires (ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN)	350 % BR	400 % BR
Inlays - Onlay (INO) *	350 % BR	400 % BR
Orthodontie	300 % BR tous les 6 mois	300 % BR tous les 6 mois
<b>DENTAIRE NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>		
Prothèses dentaires (PDT, PFC, RPN)	250% BR reconstituée **	300% BR reconstituée **
Implants (IMP)	400 € par an et par bénéficiaire	450 € par an et par bénéficiaire
<b>PARODONTOLOGIE (TDS)</b>		
- Curetage/Surfaçage	50% FR limités à 1% PMSS par séance dans la limite de 2 séances par an	50% FR limités à 1% PMSS par séance dans la limite de 2 séances par an
- Greffe gingivale	50% FR limités à 3% PMSS par intervention dans la limite d'1 greffe par an	50% FR limités à 3% PMSS par intervention dans la limite d'1 greffe par an
- Allongement coronaire	50% FR limités à 0,5% PMSS par intervention dans la limite de 2 interventions par an	50% FR limités à 0,5% PMSS par intervention dans la limite de 2 interventions par an
- Lambeau	50% FR limités à 1,5% PMSS par intervention dans la limite de 4 interventions par an	50% FR limités à 1,5% PMSS par intervention dans la limite de 4 interventions par an
<b>OPTIQUE<sup>3</sup></b>		
Verres (par verre)	100% BR + 111 €	100% BR + 143 €
Monture	100 % BR + 95 €	100% BR + 150 € - TM
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	190 % BR + 8 % PMSS par an	190 % BR + 11 % PMSS par an
Lentilles médicalement justifiées refusées par la Sécurité sociale	8 % PMSS par an	8% PMSS par an
Kératotomie (chirurgie au laser de la myopie)	6 % PMSS par œil	15% PMSS par œil
<b>MATERNITÉ</b>		
Participation aux frais de maternité (versement d'une prime) ***	10% PMSS	10% PMSS
Chambre particulière	100% FR limités à 1,5% PMSS par jour dans la limite de 12 jours par an et par bénéficiaire	100% FR limités à 1,5% PMSS par jour dans la limite de 12 jours par an et par bénéficiaire
<b>AUTRES REMBOURSEMENTS</b>		
Pilules et patchs contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale	100% FR limités à 1% PMSS par an et par bénéficiaire	100% FR limités à 1% PMSS par an et par bénéficiaire
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	80% FR limités à 4% PMSS par an et par personne	80% FR limités à 4% PMSS par an et par personne

Le contrat prend en charge l'ensemble des actes de prévention visés par l'arrêté du 08/06/06.

BR : Base de remboursement Sécurité sociale - FR : Frais réels - PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 269 € au 1er janvier 2017)

OPTAM (Ex CAS) : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Optam-Co (Ex CAS) : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique.

\* Actes en SC : SC7, SC12, SC17. Pas de remboursement pour les inlays, onlays non remboursés par la Sécurité sociale.

\*\* Le montant de la BR reconstituée est de 107,50 €

\*\*\* Le versement de la prestation complémentaire de la maternité s'entend par enfant et par parent cotisant y compris dans le cas de naissance gémellaire.

(1) Pour les praticiens non conventionnés, la Base de Remboursement (BR) retenue par la mutuelle est celle des praticiens conventionnés.

(2) Forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers, à l'exclusion des EHPAD - Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes et les MAS - Maisons d'Accueil Spécialisées.

(3) La prise en charge des dépenses d'optique est encadrée par des plafonds et des planchers différents en fonction du niveau de correction nécessaire. Elle est par ailleurs limitée à un équipement tous les deux ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement (verres + monture) sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction où un équipement peut être remboursé tous les ans.



## Les prestations supplémentaires offertes

NATURE DES SOINS	PRESTATIONS
Psychologue	50% des frais réels limités à 1% du PMSS par séance (32,69 € en 2017) dans la limite de 5 séances par an et par personne
Psychomotricité - Ergothérapie	50% des frais réels limités à 1% du PMSS par séance (32,69 € en 2017) dans la limite de 10 séances par an et par personne
Diététicien	50% des frais réels limités à 1% du PMSS par séance (32,69 € en 2017) dans la limite de 5 séances par an et par personne
Analyses médicales hors nomenclature Radios hors nomenclature (densitométrie osseuse)	50 % des frais réels, la prestation maximale étant limitée au PMSS divisé par 30 (soit 108,97 € en 2017)

# → ANNEXE 3 - COORDONNÉES DES MUTUELLES PARTENAIRES

## ADREA MUTUELLE

**Mutuelle** soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

**Immatriculée au répertoire SIRENE** sous le numéro 311 799 878.

**Siège social** : 25 Place de la Madeleine - 75008 Paris.

**Départements** : 01 - 03 - 30 - 38 - 73 - 74

## APREVA

**Mutuelle** soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

**Immatriculée au répertoire SIRENE** sous le numéro 775 627 391.

**Siège social** : 20 boulevard Denis Papin - BP 1173, 59012 Lille Cedex.

**Départements** : 59 - 62

## EOVI MCD MUTUELLE

**Mutuelle** soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

**Immatriculée au répertoire SIRENE** sous le numéro 317 442 176.

**Siège social** : 173 rue de Bercy, CS 31802, 75584 Paris Cedex 12.

**Départements** : 07 - 26 - 34 - 43 - 69

## HARMONIE MUTUELLE

**Mutuelle** soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

**Immatriculée au répertoire SIRENE** sous le numéro 538 518 473.  
Numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57.

**Siège social** : 143 rue Blomet, 75015 Paris

**Départements** : 09 - 12 - 14 - 18 - 22 - 28 - 29 - 31 - 32 - 37 - 41 - 42 - 44 - 45 - 46 - 48 - 49 - 50 - 58 - 61 - 76 - 81 - 82 - 85 - 86 - 89

## MUTUELLE MARE-GAILLARD (UNION HARMONIE MUTUELLES)

**Mutuelle** soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

**Immatriculée au répertoire SIRENE** sous le numéro 314 559 451.

**Siège social** : Section Bernard - 97190 Le Gosier (97190) - Guadeloupe.

**Département** : 97 Guadeloupe

## MUTUELLE OCIANE

**Mutuelle** soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

**Immatriculée au répertoire SIRENE** sous le numéro 434 243 085.

**Siège social** : 8 Terrasse du Front du Médoc, 33054 Bordeaux Cedex.

**Départements** : 33 - 64

## LES MUTUELLES DU SOLEIL

**Mutuelle** soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

**Immatriculée au répertoire SIRENE** sous le numéro 782 395 511.

**Siège social** : 36, 36 bis, Av. Maréchal Foch - 06000 Nice.

**Départements** : 04 - 05 - 06

## VIASANTÉ (AG2R LA MONDIALE)

**Mutuelle** soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

**Immatriculée au répertoire SIRENE** sous le numéro 777 927 120.

**Siège social** : 104-110 boulevard Haussmann - 75008 Paris.

**Départements** : 2A - 2B - 08 - 10 - 11 - 13 - 15 - 19 - 21 - 23 - 24 - 25 - 27 - 36 - 39 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 63 - 65 - 66 - 70 - 71 - 72 - 79 - 83 - 84 - 87 - 88 - 90

## MBA MUTUELLE

**Mutuelle** soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

**Immatriculée au répertoire SIRENE** sous le numéro 777 749 409.

**Siège social** : 5 Boulevard de Lattre de Tassigny - 35000 Rennes.

**Départements** : 16 - 17 - 35 - 56

## M COMME MUTUELLE

**Mutuelle** soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

**Immatriculée au répertoire SIRENE** sous le numéro 783 711 997.

**Siège social** : 88 Boulevard de la Liberté - 59000 Lille.

**Départements** : 02 - 60 - 80

## MUTEST

**Mutuelle** soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

**Immatriculée au répertoire SIRENE** sous le numéro 775 641 681.

**Siège social** : 11 Boulevard Wilson - CS 60019 - 67082 Strasbourg.

**Départements** : 57 - 67

## MCA MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE D'ALSACE

**Mutuelle** soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

**Immatriculée au répertoire SIRENE** sous le numéro 778 900 027.

**Siège social** : 6 route de Rouffach - CS 40062 - 68027 Colmar Cedex.

**Départements** : 57 - 68

## SMI

**Mutuelle** soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

**Immatriculée au répertoire SIRENE** sous le numéro 784 669 954.

**Siège social** : 2, rue Laborde - 75374 Paris cedex 08.

**Départements** : 75 - 77 - 78 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 97 (Guyane)

## MUTUELLE UNITÉ FRATERNELLE DES RÉGIONS

**Mutuelle** soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

**Immatriculée au répertoire SIRENE** sous le numéro 324 593 979.

**Siège social** : Cité Lacroix 97231 Le Robert.

**Département** : 97 (Martinique)

## MUTUALITÉ DE LA RÉUNION

**Mutuelle** soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

**Immatriculée au répertoire SIRENE** sous le numéro 321 073 470.

**Siège social** : 14 boulevard Doret - 97400 Saint Denis.

**Département** : 97 (Réunion)

## MUTUELLE PRÉVIFRANCE

**Mutuelle** soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

**Immatriculée au répertoire SIRENE** sous le numéro 776 950 669.

**Siège social** : 15, quai Docteur Calabet 47910 Agen cedex 9.

**Départements** : 40 - 47

## MUTUELLE LA CHOLETAISE

**Mutuelle** soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

**Immatriculée au répertoire SIRENE** sous le numéro 315 519 231.

**Siège social** : 1 rue de la Sarthe - 49300 Cholet.

**Département** : 49

Votre régime est coassuré par Mutex et les mutuelles partenaires mentionnées dans ce document.

Mutex agit en tant que coordinateur et interlocuteur unique des partenaires sociaux de la branche de la Coiffure et des Professions Connexes.



Votre régime est coassuré par Mutex et les mutuelles partenaires mentionnées dans ce document.  
Mutex agit en tant que coordinateur et interlocuteur unique des partenaires sociaux de la branche de la Coiffure  
et des Professions Connexes.

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