



AG2R LA MONDIALE

SANTÉ



CONDITIONS GÉNÉRALES

Établissements d'Enseignement privés sous contrat
Personnel cadre et non cadre



SOMMAIRE

PRÉAMBULE	4
------------------	----------

TITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	5
---	----------

Article 1 - objet du contrat	5
Article 2 - adhésion des établissements	5
Article 3 - durée du contrat – résiliation du contrat	5
Article 4 - modalités d'affiliation des participants	6
Article 5 - prise d'effet, cessation et suspension des garanties	6
Article 6 - maintiens des garanties	7
Article 7 - cotisation	10
Article 8 - prestations présentant un degré élevé de solidarité	11
Article 9 - paiement des cotisations	12
Article 10 - bordereau nominatif annuel - formalités	12
Article 11 - prestations	12
Article 12 - prescription	13
Article 13 - élection de domicile	13
Article 14 - information des participants	13
Article 15 - fonds social	13
Article 16 - organisme de contrôle des assurances	13
Article 17 - législation relative au traitement des données à caractère personnel	13
Article 18 - médiateur	13

TITRE 2 - GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	15
--	-----------

Article 19 - objet de la garantie	15
Article 20 - bénéficiaires	15
Article 21 - adhésion au régime socle	15
Article 22 - choix de l'option	15
Article 23 - subrogation	16
Article 24 - frais ouvrant droit à prestation - exclusions	16
Article 25 - couverture	17
Article 26 - pièces à fournir	20
Article 27 - déchéance	20

ANNEXE - SERVICES PROPRES À NOTRE OFFRE	21
--	-----------

ENGAGEMENT SOCIAL AG2R PRÉVOYANCE	26
--	-----------

L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES ENTREPRISES	28
--	-----------

PRÉAMBULE

Par accord collectif du 18 juin 2015, les partenaires sociaux de l'Interbranches des Établissements d'Enseignement Privés sous contrat (EEP) ont instauré, un régime collectif frais de santé dénommé EEP SANTÉ, au bénéfice du personnel cadres et non cadres à effet du **1^{er} janvier 2016**.

Cet accord s'applique aux établissements d'enseignement privés, ayant ou non conclu un contrat avec l'État pour une ou plusieurs classes dans le cadre des articles L.441-1, L.441-5 ou L.441-10 du Code de l'éducation et L.813-8 du Code rural adhérant aux organisations patronales signataires et relevant ainsi du champ d'application professionnel des conventions collectives indiquées ci-dessous.

L'accord collectif du 18 juin 2015 s'applique, en France métropolitaine et dans les départements et collectivités d'outre-mer, aux établissements d'enseignement privés visés au paragraphe ci-dessus et à leurs salariés.

N° IDCC INTITULÉ DE LA CONVENTION COLLECTIVE

0390	Convention collective de travail des professeurs de l'enseignement secondaire libre enseignant dans les établissements hors contrat et dans les établissements sous contrat mais sans être contractuels
1326	Convention collective nationale des maîtres de l'enseignement primaire privé dans les classes hors contrat et sous contrat simple et ne relevant pas de la convention collective de travail de l'enseignement primaire catholique
1334	Convention collective des psychologues de l'enseignement privé
1446	Convention collective nationale du travail des personnels enseignant hors contrat et des chefs de travaux exerçant des responsabilités hors contrat dans les établissements d'enseignement techniques privés

DÉFINITIONS

Adhérent

Il s'agit de l'employeur, personne morale ou physique qui souscrit le contrat auprès de l'un des organismes assureurs recommandés, au profit de son personnel défini ci-après.

Participant ou membre participant

Il s'agit du salarié assuré.

Bénéficiaire

Il s'agit de la personne couverte par le contrat souscrit par l'adhérent.

Garantie

Il s'agit de l'engagement de l'organisme recommandé, en contrepartie du paiement de la cotisation prévue au contrat, de verser une prestation en cas de dépenses de frais de santé couvertes par le contrat, engagées au cours d'une période d'assurance.

N° IDCC INTITULÉ DE LA CONVENTION COLLECTIVE

1545	Convention collective de travail de l'enseignement primaire catholique
2152	Convention collective nationale de travail du personnel enseignant et formateur des centres de formation continue et des centres de formation d'apprentis, des sections d'apprentissage et des unités de formation par apprentissage intégrés à un établissement technique privé
2364	Enseignement technique sous contrat simple
2408	Convention collective du 14 juin 2004
7505	Convention collective des personnels de formation des établissements d'enseignement et centres de formation agricoles privés relevant du CNEAP
7506	Convention collective des personnels de vie scolaire des établissements d'enseignement et centres de formation agricoles privés relevant du CNEAP
7507	Convention collective des personnels administratifs et techniques des établissements d'enseignement et centres de formation agricoles privés relevant du CNEAP
9999	Statuts des chefs d'établissements du premier et second degré

Sous réserve d'une autorisation expresse de la Commission Paritaire Nationale EEP Santé, les organismes contribuant au fonctionnement des établissements désignés ci-dessus pourront souscrire un contrat d'assurance auprès d'un assureur recommandé. Sont notamment concernés les salariés des organismes nationaux, régionaux ou départementaux ou diocésains (organisations constituant le Collège employeur, CNEAP, UDOGEC, UROGEC, CNEAP-Région, DDEC et leurs structures satellites) ainsi que d'autres structures comme certaines structures de l'Église en France.

Organisme(s) recommandé(s)

Il s'agit des assureurs, société d'assurance ou institution de prévoyance garantissant les prestations.

Prestation

Il s'agit de l'exécution de la garantie par l'organisme recommandé ayant recueilli le contrat de l'adhérent.

Sécurité sociale

Il s'agit de l'organisme gestionnaire d'un régime socle de Sécurité sociale (Régime Général, Régime Alsace Moselle, Mutualité sociale Agricole).

Contrat d'adhésion

Le contrat d'adhésion est formé du bulletin d'adhésion et des conditions générales.

TITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet la mise en œuvre des garanties frais de santé du personnel relevant du régime des cadres et non cadres des établissements d'enseignement privés sous contrat entrant dans le champ d'application de l'accord collectif.

On entend par CADRES, les personnels relevant des articles 4 et 4 bis de la Convention AGIRC du 14 mars 1947.

On entend par NON-CADRES, les personnels ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la Convention AGIRC du 14 mars 1947.

Ce contrat prend place dans le cadre d'un dispositif global composé :

- de l'accord collectif frais de santé des personnels cadres et non cadres régissant les rapports employeurs/salariés, signé par les partenaires sociaux ;
- de la convention d'assurance signée entre les partenaires sociaux et les organismes recommandés ;
- des présentes conditions générales ;
- du bulletin d'adhésion signé par l'établissement et l'organisme recommandé.

Le présent Titre I « dispositions générales » fixe les conditions dans lesquelles l'organisme recommandé assure au participant et à sa famille, conformément à l'accord collectif et en contrepartie des cotisations, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

Les prestations garanties sont précisées au Titre II « Garantie Frais de santé ».

Le contrat se compose :

- d'un régime socle à adhésion obligatoire pour le participant et à adhésion facultative pour ses ayants droit ;
- d'un régime option 1 à adhésion facultative tant pour le participant que pour ses ayants droit ;
- d'un régime option 2 à adhésion facultative tant pour le participant que pour ses ayants droit.

ARTICLE 2 - ADHÉSION DES ÉTABLISSEMENTS

L'établissement qui souhaite adhérer à l'organisme recommandé, remplit et signe un bulletin d'adhésion. L'établissement représenté par le chef d'établissement, par toute personne dûment habilitée, ou par une personne morale, qui adhère à l'organisme recommandé pour ses salariés, est désigné sous le terme « adhérent » dans les présentes conditions générales.

Le salarié assuré sera désigné sous les termes « participant » ou « membre participant ».

L'engagement réciproque de l'adhérent et de l'organisme recommandé résulte de la signature du bulletin d'adhésion par les deux parties.

La signature du bulletin d'adhésion par l'organisme recommandé vaut acceptation du risque et forme ainsi, avec les présentes conditions générales, le contrat d'adhésion, sous réserve que ce dernier soit retourné signé par l'adhérent dans les trente jours suivant la date d'effet du bulletin d'adhésion.

L'organisme recommandé met à disposition de l'adhérent ses statuts afin notamment de l'informer des modalités de la participation de l'adhérent et des participants à la gouvernance de l'organisme assureur.

Les garanties de l'adhérent pour le régime socle à adhésion obligatoire s'appliquent à l'ensemble des salariés cadres et non cadres appelés à bénéficier du régime.

L'organisme recommandé notifiera à l'adhérent, par le biais d'un avenant ou d'une lettre valant avenant, les éventuelles modifications apportées au contrat d'adhésion.

ARTICLE 3 - DURÉE DU CONTRAT - RÉSILIATION DU CONTRAT

ARTICLE 3.1 DURÉE DU CONTRAT

Le contrat prend effet à la date indiquée au bulletin d'adhésion et expire au 31 décembre suivant. Il se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque exercice civil.

ARTICLE 3.2 RÉSILIATION

Résiliation du contrat d'adhésion

L'adhésion peut être résiliée à l'initiative de l'adhérent, signifiée par lettre recommandée au moins deux mois avant l'échéance du contrat, soit le 31 octobre de l'année en cours.

L'adhésion prend fin lorsque le groupe assuré a disparu.

Sous réserve des maintiens des garanties définies à l'article 6-1, le salarié perd également la qualité de membre participant lorsqu'il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel concernée ou lorsqu'il peut bénéficier de la Couverture Maladie Universelle complémentaire en application de l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale et qu'il adhère à un autre organisme à cet effet, à condition qu'il en fasse la demande expresse selon les modalités de dispenses d'affiliation.

La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties. Des maintiens de garantie sont cependant prévus dans les conditions fixées à l'article 6 du présent Titre.

Sortie du champ d'application de l'accord collectif

L'adhérent, le cas échéant l'établissement l'ayant absorbé, doit informer par écrit sans délai l'organisme recommandé de tout changement d'activité ayant pour conséquence de le placer en dehors du champ d'application de l'accord collectif (notamment à l'occasion d'opérations de fusion-absorption, de restructuration, de regroupements d'activités ...). Cette situation entraîne de plein droit la résiliation du présent contrat à la date de sortie du champ d'application de l'accord collectif.

ARTICLE 3.3 INFORMATION DES PARTICIPANTS

Quelles que soient l'origine et la cause de la résiliation, l'adhérent s'engage à informer l'ensemble des salariés ou anciens salariés assurés de la cessation des garanties.

Ceux-ci peuvent souscrire un contrat à titre individuel, parmi l'offre frais de santé de l'organisme recommandé.

ARTICLE 4 - MODALITÉS D'AFFILIATION DES PARTICIPANTS

Sont garantis au titre de participants l'ensemble des salariés cadres et non-cadres de l'adhérent :

- justifiant de 4 mois d'ancienneté continue au cours des 12 derniers mois dans un ou plusieurs établissements relevant du champ d'application défini par l'accord collectif;
- sous contrat de travail ou dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'il bénéficie, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires, de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de Sécurité sociale (à l'exclusion de ceux dont le contrat de travail est suspendu pour congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé sabbatique, congé

- individuel de formation);
- affilié à la Sécurité sociale.

L'adhérent s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs appartenant auxdites catégories de personnel.

DISPENSES D'AFFILIATION

Toutefois, conformément à l'article 3.2 de l'accord collectif, certains salariés ont la faculté de ne pas adhérer au régime frais de santé, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de l'adhérent. À défaut de renonciation écrite exprimée par le salarié, celui-ci doit être obligatoirement affilié.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation :

- doivent être affiliés au régime frais de santé dès qu'ils cessent de justifier de leur situation ou de remplir les conditions posées à la dispense d'affiliation;
- peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion et celle de leurs ayants droit, à la couverture du socle obligatoire et éventuellement à une de ses options; l'adhésion prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable pendant 2 ans.

ARTICLE 5 - PRISE D'EFFET, CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES

ARTICLE 5.1 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES

1/Pour les participants répondant aux conditions d'affiliation prévues à l'article 4

Les garanties du RÉGIME SOCLE OBLIGATOIRE prennent effet :

- à la date d'effet de l'adhésion pour tous les participants présents à cette date et remplissant la condition d'ancienneté, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues par l'accord collectif;
- à défaut, à la date à laquelle la condition d'ancienneté est remplie, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues par l'accord collectif;
- au premier jour du mois qui suit la demande d'affiliation pour les salariés ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation et qui viennent à cesser de justifier de leur situation, ou qui décident ultérieurement de renoncer à cette dispense.

Les garanties du RÉGIME OPTIONNEL (1 OU 2) prennent effet :

- à la date à laquelle le participant bénéficie du régime socle obligatoire s'il choisit d'adhérer au régime optionnel à cette date;
- à défaut, si le participant choisi d'adhérer au régime optionnel postérieurement à son affiliation obligatoire au régime socle, au 1^{er} janvier suivant la réception de la demande du participant;
- en cas de changement de situation de famille, l'adhésion au régime optionnel prend effet au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception de la demande.

On entend par changement de situation de famille :

le mariage, la signature d'un PACS, le concubinage, la séparation, le divorce, l'arrivée ou le départ d'un enfant à charge ou le décès d'un ayant droit.

2/Pour les membres de la famille

En cas d'extension des garanties aux membres de sa famille, tous les ayants droit bénéficient du même niveau de garanties que le participant :

- au plus tôt à la même date d'affiliation que le participant ;
- à défaut, au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme recommandé de la demande d'affiliation.

Cette affiliation facultative est renouvelable le premier janvier de chaque année par tacite reconduction.

ARTICLE 5.2 - CESSATION DES GARANTIES

1/Pour le participant

Les garanties du présent contrat cessent :

- à la date de radiation du contrat d'adhésion ;
- à la date de départ du participant de l'adhérent ou de la catégorie de personnel visée sous réserve des dispositions prévues à l'article 6 ;
- à la date de suspension du contrat de travail du participant sous réserve des dispositions prévues à l'article 6 ;
- à la date de départ en retraite, à l'exception des participants reprenant, sans interruption, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'adhérent.

La radiation du participant entraîne, à la même date, la radiation de l'ensemble des membres de sa famille.

2/Pour les membres de la famille

En dehors du cas de la radiation du participant, les garanties cessent :

- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel la radiation est demandée, sous réserve que la demande écrite de radiation parvienne à l'organisme recommandé au plus tard le 31 octobre, à la date à laquelle les membres de la famille ne remplissent plus les conditions prévues à l'article 23 du Titre II pour être bénéficiaires ;
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit.

Cette radiation est irrévocable pendant 2 ans.

ARTICLE 5.3 - SUSPENSION DES GARANTIES

La garantie est suspendue de plein droit dans les cas où le contrat de travail est lui-même suspendu pour les raisons suivantes :

- congé sabbatique visé à l'article L.3142-91 et suivants du Code du travail ;
- congé pour création d'entreprise visé à l'article

L.3142-78 et suivants du Code du travail ;

- congé parental d'éducation visé à l'article L.1225-47 du Code du travail ;
- congé individuel de formation visé à l'article L.6322-1 et suivants du Code du travail ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;
- détention pénitentiaire.

La suspension intervient au jour de la suspension du contrat de travail, à la date de cessation de l'activité professionnelle et s'achève dès la reprise effective du travail du participant au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme recommandé 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 participant concerné.

ARTICLE 6 - MAINTIENS DES GARANTIES

ARTICLE 6.1 - MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE L'ARTICLE L.911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PORTABILITÉ DES DROITS)

La couverture est maintenue, aux mêmes clauses et conditions, aux membres du personnel dont la cessation ou la rupture du contrat de travail ouvre droit à la prise en charge par le régime d'Assurance Chômage, sauf :

- en cas de licenciement pour faute lourde ;
- si les droits à couverture complémentaire santé n'étaient pas ouverts au salarié au jour de la cessation ou de la rupture de son contrat de travail.

S'ils bénéficiaient du présent contrat, le maintien demandé par l'ancien salarié s'applique à l'ensemble de ses ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues.

Prise d'effet et durée du maintien

L'ensemble des garanties du présent contrat sera maintenu, à compter du lendemain du jour de la cessation ou de la rupture du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée, telle que déclarée par l'adhérent, est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois.**

Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier des événements suivants :

- au terme de la durée maximale prévue au paragraphe « Prise d'effet et durée du maintien » ;
- à la date à laquelle l'ancien salarié cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès) ;

- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après ;
- à la date de résiliation du présent contrat.

En tout état de cause, les bénéficiaires pourront demander, dans les six mois qui suivent l'expiration de ce maintien, à bénéficier des possibilités qui leur sont offertes par l'article 4 de la Loi Évin du 31 décembre 1989. L'organisme recommandé adresse une proposition de maintien de la couverture aux anciens salariés dans un délai de 2 mois à compter de la fin de la période de portabilité.

Modalités du maintien des garanties

L'adhérent doit informer l'organisme recommandé de toute cessation de contrat de travail ouvrant droit au dispositif et notamment adresser la demande nominative de maintien des garanties de l'ancien salarié dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail.

Il incombe à l'adhérent d'informer le participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

L'organisme recommandé conditionne le versement des prestations, notamment, à la justification par l'ancien salarié de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage à la date du sinistre. L'ancien salarié en situation d'être pris en charge par le régime d'assurance chômage, mais qui ne perçoit pas ou plus d'allocations-chômage à cette date parce qu'il bénéficie d'un congé maternité ou d'un arrêt de travail à la date du sinistre, devra fournir les justificatifs correspondants.

Le participant s'engage à fournir à l'organisme recommandé :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage ;
- l'attestation de paiement des allocations-chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations sont dues.

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié s'engage à informer l'organisme recommandé de toute cause entraînant la cessation anticipée du maintien des garanties. Sont visées notamment les causes suivantes :

- la reprise d'un autre emploi ;
- l'impossibilité de justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage ;
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

À défaut de réception des pièces mentionnées ci-dessus permettant de définir précisément les droits et durée au dispositif de portabilité, la durée du maintien des garanties sera fixée pour une durée temporaire à compter de la date de cessation du contrat de travail. Cette durée pourra être prolongée à la demande du participant sous réserve que

ce dernier fournisse à l'organisme recommandé les pièces justificatives énumérées ci-dessus.

Si le participant a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations perçues indûment pourra être mise en œuvre.

Cotisations

Le présent maintien de garantie est financé par mutualisation avec les actifs.

ARTICLE 6.2 - MAINTIEN DES GARANTIES AU PROFIT DES PERSONNES GARANTIES DU CHEF DE L'ASSURÉ DÉCÉDÉ

Les garanties peuvent être maintenues aux ayants droit de participant décédé pendant douze mois maximum à compter de la date de décès du participant, sous réserve :

- qu'ils soient inscrits au contrat à la date du décès du participant ;
- que les demandes individuelles d'affiliation, soient adressées à l'organisme recommandé dans les deux mois suivant le décès ; LE DÉPASSEMENT DE CE DÉLAI ENTRAÎNE FORCLUSION DÉFINITIVE.

À condition d'en avoir été informé par l'adhérent, l'organisme recommandé adresse une proposition de maintien de la couverture aux ayants droit de l'assuré suivant les 2 mois suivants le décès.

Au titre de ce maintien de garanties, sont également considérés comme ayants droit du participant, les enfants nés moins de 300 jours après le décès du participant.

Le maintien de l'assurance cesse en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat d'adhésion.

Cette assurance est accordée sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical.

Ce maintien est accordé sans contrepartie de cotisation.

ARTICLE 6.3 - MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI ÉVIN DU 31 DÉCEMBRE 1989 ÉLARGI AU BÉNÉFICE DES AYANTS DROIT

Les personnes suivantes peuvent continuer à bénéficier des garanties du contrat dans le cadre d'une adhésion facultative :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, sans condition de durée, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le terme du maintien des garanties prévu à l'article 6.1 ci-dessus ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le terme du maintien des garanties prévu à l'article 6.1 ci-dessus ;
- les personnes garanties du chef du participant décédé, sans condition de durée, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la fin du maintien prévu à l'article 6-2 ci-dessus.

Modalité d'adhésion

À condition que l'organisme recommandé en ait été informé par l'adhérent, l'organisme recommandé adresse une proposition de maintien de la couverture aux intéressés dans un délai de 2 mois à compter de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre de la portabilité telle que prévue prévu à l'article 6.1 ou du décès du participant.

L'adhésion de l'ancien salarié ou des personnes garanties du chef du salarié décédé est subordonnée au paiement de la cotisation correspondante et à la signature du bulletin individuel d'affiliation spécifique aux maintiens qui lui est remis par l'adhérent ou par l'organisme recommandé.

Le participant ainsi que ses ayants droit sont couverts au niveau des garanties dont ils bénéficiaient lorsque le salarié était en activité.

Au titre de ce maintien de garanties, sont également considérés comme ayants droit du participant, les enfants nés moins de 300 jours après le décès du participant.

Les garanties sont accordées sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical.

Prise d'effet des garanties

Sous réserve du paiement des cotisations, la garantie prend effet au lendemain de leur demande et au plus tôt :

- le lendemain de la rupture du contrat de travail de l'ancien membre participant, ou le cas échéant au terme du maintien des garanties prévues à l'article 6.1;
- au terme du maintien des garanties prévu à l'article 6.1 ci-dessus pour les personnes garanties du chef du participant décédé.

Cotisations

Les cotisations sont indiquées à l'article 7. Elles sont payables par le participant, mensuellement, selon les conditions définies dans la notice d'information et sur le bulletin individuel d'adhésion.

Le participant est seul responsable du paiement des cotisations pour lui-même et pour sa famille. À ce titre, le participant remet un relevé d'identité bancaire et un mandat de prélèvement.

Les cotisations sont payables mensuellement à terme d'avance dans les 15 premiers jours de chaque mois civil.

Défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement des cotisations dans les conditions ci dessus, une mise en demeure par lettre recommandée est adressée au participant l'informant qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne la suspension des garanties.

Au terme d'un délai de dix jours à compter de la date de suspension de la garantie, le défaut de paiement de cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance à compter de la date

d'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne la résiliation de l'adhésion facultative.

Si, pendant la période de suspension, le participant paye la cotisation, la garantie est remise en vigueur le lendemain à midi du jour du paiement.

Cessation des garanties

Le maintien de garanties cesse pour chaque participant :

- en cas de défaut de paiement des cotisations tel que prévu au paragraphe Défaut du paiement des cotisations ci-dessus;
- à la date de dénonciation de l'adhésion par le participant, opérée par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au moins deux mois avant la fin de l'année civile. La dénonciation de l'adhésion est définitive tant pour le participant que pour ses ayants droit;
- et en tout état de cause, en cas de résiliation des présentes Conditions Générales. Dans cette éventualité, la Commission Paritaire Nationale EEP Santé et l'organisme assureur pourront, à la demande des partenaires sociaux, convenir des modalités de transfert des personnes garanties au titre du présent article.

Seuls les frais médicaux dont la date de soins figure sur le décompte de la Sécurité sociale, et qui sont antérieurs à la date d'effet de la résiliation pourront donner lieu à prise en charge.

Assurance individuelle

Si l'ancien salarié ne souhaite pas bénéficier du maintien des garanties au titre de l'article 4 de la Loi Évin du 31 décembre 1989, il peut souscrire une des formules d'assurance à adhésion individuelle dans les conditions proposées par l'organisme recommandé. Les garanties sont accordées sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical au profit des participants concernés lorsqu'elles sont au plus équivalentes au régime dont bénéficiait le participant à la date de résiliation.

Les cotisations sont fixées par l'organisme recommandé en fonction des garanties proposées.

ARTICLE 6.4 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

Le bénéficiaire du contrat est maintenu au profit des participants dont la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée, par l'employeur directement (en cas de maintien de salaire total ou partiel) ou par la perception d'indemnités journalières ou rente d'invalidité de la Sécurité sociale.

Ce maintien donne lieu à paiement des cotisations prévues à l'article 7 du présent titre.

Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

Par dérogation à l'article 5.3 du présent titre, les participants dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucune rémunération

ou indemnisation dans les conditions mentionnées ci-dessus ont la possibilité de demander le maintien des garanties.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive du participant des cotisations prévues à l'article 7 du présent titre.

À défaut de paiement des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure par lettre recommandée est adressée au participant l'informant qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne la suspension des garanties.

Au terme d'un délai de dix jours à compter de la date de suspension de la garantie, le défaut de paiement de cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance à compter de la date d'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne la résiliation de l'adhésion.

Si, pendant la période de suspension, le participant paye la cotisation, la garantie est remise en vigueur le lendemain à midi du jour du paiement.

ARTICLE 7 - COTISATION

Pour l'exercice 2016, les cotisations mensuelles sont fixées, en euros, comme suit :

- SALARIÉS en activité
- Régimes général de la Sécurité sociale et agricole

	RÉGIME SOCLE	OPTION 1	OPTION 2
		EN COMPLÉMENT DU RÉGIME SOCLE	
Salarié	37,00 €	9,25 €	24,67 €
Conjoint	40,70 €	9,25 €	24,67 €
Enfant ⁽¹⁾	20,35 €	5,09 €	13,57 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^e enfant.

- Régime Alsace-Moselle de la Sécurité sociale

	RÉGIME SOCLE	OPTION 1	OPTION 2
		EN COMPLÉMENT DU RÉGIME SOCLE	
Salarié	22,20 €	9,25 €	24,67 €
Conjoint	24,42 €	9,25 €	24,67 €
Enfant ⁽¹⁾	12,21 €	5,09 €	13,57 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^e enfant.

- AYANTS DROIT d'un assuré décédé après 12 mois gratuits (Maintien des garanties au titre de la Loi Évin)

- Régimes général de la Sécurité sociale et agricole

	RÉGIME SOCLE	OPTION 1	OPTION 2
		EN COMPLÉMENT DU RÉGIME SOCLE	
Conjoint	40,70 €	9,25 €	24,67 €
Enfant ⁽¹⁾	20,35 €	5,09 €	13,57 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^e enfant.

- Régime Alsace-Moselle de la Sécurité sociale

	RÉGIME SOCLE	OPTION 1	OPTION 2
		EN COMPLÉMENT DU RÉGIME SOCLE	
Conjoint	24,42 €	9,25 €	24,67 €
Enfant ⁽¹⁾	12,21 €	5,09 €	13,57 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^e enfant.

- ANCIENS SALARIÉS privés d'emploi et bénéficiaires d'un revenu de remplacement (Maintien des garanties au titre de la Loi Évin)

- Régimes général de la Sécurité sociale et agricole

	RÉGIME SOCLE	OPTION 1	OPTION 2
		EN COMPLÉMENT DU RÉGIME SOCLE	
Ancien salarié	40,70 €	9,25 €	24,67 €
Conjoint	40,70 €	9,25 €	24,67 €
Enfant ⁽¹⁾	20,35 €	5,09 €	13,57 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^e enfant.

- Régime Alsace-Moselle de la Sécurité sociale

	RÉGIME SOCLE	OPTION 1	OPTION 2
		EN COMPLÉMENT DU RÉGIME SOCLE	
Ancien salarié	24,42 €	9,25 €	24,67 €
Conjoint	24,42 €	9,25 €	24,67 €
Enfant ⁽¹⁾	12,21 €	5,09 €	13,57 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^e enfant.

- ANCIENS SALARIÉS bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité (Maintien des garanties au titre de la Loi Évin)

- Régimes général de la Sécurité sociale et agricole

	RÉGIME SOCLE	OPTION 1	OPTION 2
		EN COMPLÉMENT DU RÉGIME SOCLE	
Ancien salarié	42,55 €	10,64 €	28,37 €
Conjoint	40,70 €	9,25 €	24,67 €
Enfant ⁽¹⁾	20,35 €	5,09 €	13,57 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^e enfant.

- Régime Alsace-Moselle de la Sécurité sociale

	RÉGIME SOCLE	OPTION 1	OPTION 2
		EN COMPLÉMENT DU RÉGIME SOCLE	
Ancien salarié	25,53 €	10,64 €	28,37 €
Conjoint	24,42 €	9,25 €	24,67 €
Enfant ⁽¹⁾	12,21 €	5,09 €	13,57 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^e enfant.

- ANCIENS SALARIÉS bénéficiaires d'une pension de retraite (Maintien des garanties au titre de la Loi Évin)

- Régimes général de la Sécurité sociale et agricole

	RÉGIME SOCLE	OPTION 1	OPTION 2
		EN COMPLÉMENT DU RÉGIME SOCLE	
Ancien salarié	55,50 €	13,88 €	37,00 €
Conjoint	55,50 €	13,88 €	37,00 €
Enfant ⁽¹⁾	20,35 €	5,09 €	13,57 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^e enfant.

– Régime Alsace-Moselle de la Sécurité sociale

	RÉGIME SOCLE	OPTION 1	OPTION 2
		EN COMPLÉMENT DU RÉGIME SOCLE	
Ancien salarié	33,30 €	13,88 €	37,00 €
Conjoint	33,30 €	13,88 €	37,00 €
Enfant ⁽¹⁾	12,21 €	5,09 €	13,57 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^e enfant.

Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure à 12 mois et les salariés pour lesquels la cotisation représente au moins 10 % de leurs rémunérations brutes bénéficient d'une réduction tarifaire égale à 50 % de leur contribution conventionnelle au titre de la couverture du socle obligatoire.

Les salariés visés bénéficient de cette réduction tarifaire sur le socle y compris s'ils souscrivent une option. Par rémunérations brutes, il convient d'entendre les revenus soumis à cotisations sociales perçus au titre d'une activité salariée à quelque titre que ce soit et sous quelque statut que ce soit au sein de l'établissement employeur ou pour le compte d'un autre employeur.

Dispositions relatives aux maîtres rémunérés par l'État

Les maîtres rémunérés par l'État (maîtres délégués suppléants et maîtres agréés à titre définitif ou provisoire) exerçant dans les classes sous contrat simple des établissements d'enseignement privés ou dans les établissements médico sociaux visés au premier alinéa acquitteront leur contribution auprès de l'établissement ou auprès de l'organisme assureur choisi s'il met en place un tel dispositif. L'établissement reste néanmoins redevable du paiement des cotisations.

Dispositions communes

À compter du 1^{er} janvier 2017 et pour les exercices suivants, la cotisation sera exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale pour l'exercice considéré *. Les taux qui seront ainsi obtenus sont maintenus jusqu'au 31 décembre 2017.

* Pour ce faire, la conversion de la cotisation 2016 exprimée en euros se fera en tenant compte du plafond mensuel de la Sécurité sociale 2016.

À compter du 1^{er} janvier 2018 et pour les exercices suivants, les taux de cotisation sont fixés entre les organismes recommandés et les partenaires sociaux.

Révision des cotisations et/ou des garanties

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant adressé par l'organisme recommandé à l'adhérent.

Modification du régime conventionnel

Lorsque les partenaires sociaux apportent des modifications au régime conventionnel, les présentes conditions générales sont modifiées en conséquence par voie d'avenant ou de lettre valant avenant.

Modification du cadre législatif et/ou réglementaire

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisations ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet.

Les cotisations sont fixées compte tenu des dispositions fiscales en vigueur et des dispositions générales de la Sécurité sociale et de ses bases de remboursement en vigueur à la date d'effet du contrat. Si ces éléments venaient à être modifiés en cours d'année, l'organisme recommandé procéderait, à une révision du régime, dont les modalités seraient communiquées à l'adhérent.

ARTICLE 8 - PRESTATIONS PRÉSENTANT UN DEGRÉ ÉLEVÉ DE SOLIDARITÉ

ARTICLE 8.1 - MONTANT DES COTISATIONS AFFECTÉ AU FINANCEMENT DES GARANTIES COLLECTIVES PRÉSENTANT UN DEGRÉ ÉLEVÉ DE SOLIDARITÉ

2 % des cotisations acquittées sont affectés au financement des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

Tous les salariés couverts par l'accord collectif du 18 juin 2015 bénéficient de l'ensemble de ces mesures.

ARTICLE 8.2 - ACTIONS PRIORITAIRES DE BRANCHE

Les garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité sont les suivantes :

a/ des réductions tarifaires :

Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée égale ou inférieure à 12 mois et les salariés pour lesquels la cotisation représente au moins 10 % de leurs rémunérations brutes bénéficient d'une réduction tarifaire égale à 50 % de leur contribution au titre de la couverture du socle obligatoire. Par rémunérations brutes, il convient d'entendre les revenus soumis à cotisations sociales perçus au titre d'une activité salariée à quelque titre que ce soit et sous quelque statut que ce soit au sein de l'établissement employeur ou pour le compte d'un autre employeur.

b/ des actions de prévention :

Les signataires de l'accord collectif du 18 juin 2015 confient à la commission paritaire nationale santé le soin de déterminer les actions de prévention concernant les risques professionnels ou liées à une consommation médicale spécifique aux populations couvertes (population féminine aux besoins spécifiques etc.).

Dans ce cadre, les priorités suivantes sont définies :

- campagne de communication et d'incitation à la vaccination contre la grippe saisonnière, l'hépatite,

- la tuberculose;
- b. moyens de contraception non pris en charge par la Sécurité sociale;
- c. campagnes de prévention des troubles musculosquelettiques (ex : formations gestes et postures);
- d. prévention du stress et des violences (en lien avec l'accueil du public notamment);
- e. campagnes de dépistage de cancers.

c/ des prestations d'action sociale.

Article 8.3 - Orientations, fonctionnement et modalités d'attribution

Pour chaque intervention (prévention ou action sociale) collective, des aides financières pourront être accordées si les conditions suivantes sont remplies :

- présentation d'un projet pluriannuel incluant des objectifs évaluables;
- l'association au projet des représentants du personnel des différentes instances de représentation du personnel quand elles existent et, à défaut, le respect de l'adhérent en la matière (transfert du PV de carence);
- le régime ne pourra financer qu'en complément de l'adhérent (pas de prise en charge financière à 100% de l'action par le régime).

ARTICLE 9 - PAIEMENT DES COTISATIONS

POUR L'ADHÉRENT AU TITRE DU RÉGIME SOCLE OBLIGATOIRE

L'adhérent est seul responsable du paiement des cotisations. À ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues. Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu dans les vingt jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil.

Chacun des paiements doit être accompagné de la déclaration trimestrielle mentionnant :

- le nombre de participants à la fin du trimestre civil correspondant : pour le personnel nouvellement inscrit, la cotisation est due à compter de la date d'entrée dans le groupe et signalée par l'adhérent. Pour le personnel radié, la cotisation est due jusqu'au jour où il cesse d'appartenir au groupe;
- l'assiette ou les assiettes servant de base au calcul de la cotisation pour la période concernée.

Chaque adhérent est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date de la résiliation, y compris la part salariale, et ce, quelle que soit la cause de ladite résiliation.

À défaut de paiement des cotisations dans les 15 jours suivants leur échéance, une mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception est adressée à l'adhérent par l'organisme recommandé. Le cas échéant, l'organisme recommandé peut engager une procédure de recouvrement des cotisations par voie contentieuse.

En cas de non-paiement des cotisations l'organisme

recommandé en avisera la Commission Paritaire Nationale EEP Santé.

POUR LE PARTICIPANT AU TITRE DES RÉGIMES FACULTATIFS OPTIONS 1 OU 2 ET POUR L'EXTENSION AU RÉGIME SOCLE FACULTATIF OU AUX OPTIONS 1 OU 2 POUR LES MEMBRES DE LA FAMILLE DU PARTICIPANT

Le participant est seul responsable du paiement des cotisations pour lui-même et pour sa famille. À ce titre, le participant remet un relevé d'identité bancaire et une autorisation de prélèvement.

Les cotisations sont payables mensuellement à terme d'avance dans les 15 premiers jours de chaque mois civil.

À défaut de paiement des cotisations dans les conditions ci dessus, une mise en demeure par lettre recommandée est adressée au participant l'informant qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne la suspension des garanties.

Au terme d'un délai de dix jours à compter de la date de suspension de la garantie, le défaut de paiement de cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance à compter de la date d'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne la résiliation de l'adhésion facultative.

Si, pendant la période de suspension, le participant paye la cotisation, la garantie est remise en vigueur le lendemain à midi du jour du paiement.

ARTICLE 10 - BORDEREAU NOMINATIF ANNUEL - FORMALITÉS

L'adhérent fait parvenir à l'organisme recommandé, au plus tard au 31 janvier suivant la fin de chaque exercice, la liste de son personnel participant, précisant pour chacun : nom, prénom, date de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, situation de famille, classification, salaires bruts perçus au titre de l'exercice civil à quelque titre que ce soit, date d'entrée dans la catégorie de personnel concernée et date de sortie.

Il peut être demandé chaque trimestre les renseignements concernant les nouveaux participants et les participants radiés, notamment les dates d'entrée et de sortie.

L'adhérent informera l'organisme recommandé de toute transformation intervenant dans sa situation juridique ou économique dans les meilleurs délais.

L'adhérent tient ses états de personnel à la disposition de l'organisme recommandé pour consultation éventuelle.

ARTICLE 11 - PRESTATIONS

Le montant et les modalités de service des

prestations sont définis au Titre II – Garantie Frais de santé ci-après.

ARTICLE 12 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'adhésion se prescrit par **deux ans** à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Lorsque l'action de l'adhérent ou du participant contre l'organisme recommandé a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou le participant ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du Code civil :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- demande en justice, même en référé ;
- acte d'exécution forcée.

La prescription est interrompue, outre les causes ordinaires d'interruption, 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 demande d'avis de réception adressée soit au membre adhérent par l'organisme recommandé en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'organisme recommandé par le membre participant, le bénéficiaire ou les ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 13 - ÉLECTION DE DOMICILE

Pour la souscription et l'exécution du contrat en vue de l'application des présentes conditions générales, l'adhérent doit faire obligatoirement élection de domicile en France métropolitaine et dans les départements et collectivités d'Outre-Mer.

ARTICLE 14 - INFORMATION DES PARTICIPANTS

NOTICE D'INFORMATION

L'organisme recommandé adresse à l'adhérent une notice qui définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités

à accomplir en cas de réalisation du risque. Cette notice rappelle également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties ainsi que des délais de prescription.

L'adhérent s'engage à remettre, aux membres participants auxquels les garanties sont applicables, la notice d'information fournie par l'organisme recommandé. En cas de litige, la preuve de la remise de la notice lui incombe.

CHANGEMENT ULTÉRIEUR DES GARANTIES

En cas de changement, les éléments modifiés sont communiqués à l'adhérent en remplacement de ceux qu'il détenait. Celui-ci s'engage à remettre une nouvelle notice d'information à chaque membre participant. En cas de litige, la preuve de la remise de la nouvelle notice lui incombe.

ARTICLE 15 - FONDS SOCIAL

Les participants bénéficieront du fonds social existant au sein de l'organisme recommandé choisi par l'adhérent.

ARTICLE 16 - ORGANISME DE CONTRÔLE DES ASSURANCES

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) située au 61 Rue Taitbout 75436 PARIS Cedex 09.

ARTICLE 17 - LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

L'adhérent s'engage à communiquer à l'organisme recommandé les informations concernant les participants dans le strict respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel en vigueur. Ces informations pourront être communiquées à nos réassureurs, aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous ceux intervenant dans la gestion et l'exécution du contrat d'adhésion.

En retour, les participants ont un libre accès aux informations les concernant, conformément à la législation en vigueur. Pour les consulter, s'y opposer, ou demander leur rectification, il leur suffit de prendre contact avec le service clientèle de l'organisme recommandé.

ARTICLE 18 - MÉDIATEUR

Toutes les réclamations d'un participant et d'un adhérent relatives à l'exécution du contrat devront être envoyées à l'organisme assureur.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée

par l'organisme assureur et après épuisement des procédures internes de réclamations, les adhérents, les participants, bénéficiaires et ayants droit pourront s'adresser au médiateur du CTIP pour les organismes relevant du Code de la Sécurité sociale et au médiateur du GEMA pour les organismes relevant du Code des assurances, sans préjudice d'une action devant le tribunal compétent.

MÉDIATEUR DU CTIP

10 rue Cambacérés - 75008 PARIS

Tél: 01 42 66 68 49

www.ctip.asso.fr

MÉDIATEUR DU GEMA

9, rue Saint Pétersbourg - 75008 PARIS

TITRE 2 - GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 19 - OBJET DE LA GARANTIE

La présente garantie a pour objet le versement :

- d'une indemnité complétant les remboursements effectués notamment par les assurances sociales, au titre des prestations en nature de l'assurance maladie;
- d'une indemnité en cas de maternité ou de cure thermale.

ARTICLE 20 - BÉNÉFICIAIRES

BÉNÉFICIAIRES

Le participant bénéficie des garanties.

Ce dernier peut choisir de faire bénéficier des garanties du présent contrat, à ses ayants droit définis ci-après :

1/Le **conjoint** non divorcé ni séparé du participant est assimilé au conjoint :

- la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS);
- le concubin à charge au sens de la Sécurité sociale;
- le concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale (régime général, régime des travailleurs non-salariés, ...) et sous réserve de la fourniture d'un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut d'un justificatif de domicile commun.

2/Les **enfants** du participant, et s'ils vivent au foyer, ceux de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou ceux de son concubin :

- à charge au sens de la Sécurité sociale et âgés de moins de 21 ans (cf. article L.313-3 2° du Code de la Sécurité sociale);
- âgés de moins de 26 ans et affiliés au régime de la Sécurité sociale des étudiants;
- âgés de moins de 26 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation);
- âgés de moins de 26 ans et étant à la recherche d'un premier emploi, inscrits à l'Assurance Chômage et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage

à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi);

- quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) avant leur 21^e anniversaire.

ARTICLE 21 - ADHÉSION AU RÉGIME SOCLE

L'adhésion au régime socle est obligatoire pour le participant. Il peut choisir de faire adhérer, à titre facultatif, ses ayants droit tels que définis à l'article ci-dessus.

ARTICLE 22 - CHOIX DE L'OPTION

Le participant peut choisir, pour lui-même et les membres de sa famille affiliés au titre du régime socle obligatoire, l'option 1 ou l'option 2, en complément du régime socle. La cotisation correspondante est alors appliquée.

Les membres de la famille ne peuvent pas choisir une option différente de celle retenue par le participant pour lui-même.

Le participant peut demander à changer de régime comme suit :

- passage à un niveau supérieur (du régime socle à l'option 1 ou 2, ou de l'option 1 à l'option 2) :
 - le changement prend effet au 1^{er} janvier suivant la réception de la demande, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme recommandé au plus tard le 30 novembre de l'exercice en cours;
 - en cas de changement de situation de famille, le changement prend effet au 1^{er} jour du mois suivant le changement de situation.
- passage à un niveau inférieur (de l'option 2 à l'option 1, de l'option 1 ou 2 au socle) :
 - le changement est possible sous réserve d'une durée minimale de cotisation de 2 ans dans l'option d'origine;
 - il prend effet au 1^{er} janvier suivant la réception de la demande, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 30 novembre de l'exercice en cours.

Par exception (et sous réserve que le salarié en apporte la preuve):

- en cas de changement de situation de famille: le changement prend effet le 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande;
- en cas de diminution de plus de 20 % des revenus du foyer: le changement prend effet au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet suivant la réception de la demande.

ARTICLE 23 - SUBROGATION

Dans la limite des prestations prises en charge par l'organisme recommandé, celui-ci est subrogé dans les droits du participant à l'égard du tiers responsable.

ARTICLE 24 - FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATION - EXCLUSIONS

a) Les frais ouvrant droit à prestation sont, sous réserve des dispositions des paragraphes b), c), d), e) et f) ci-après, ceux énumérés à l'article 25 - COUVERTURE du présent titre qui, concernant des traitements de maladie ou d'accident, ont donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale, ont fait l'objet d'une prescription médicale et pour lesquels la date des soins figurant sur le bordereau de la Sécurité sociale est comprise entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance.

Toutefois, certains frais qui figurent dans la nomenclature en vigueur ou dans la liste des produits et prestations, et qui n'ont pas donné lieu à une prescription médicale ou à un remboursement de la Sécurité sociale, ouvrent droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite à l'article 25 - COUVERTURE du présent titre.

b) Une demande de prise en charge est exigée s'agissant d'un séjour en maison de repos et de convalescence non exclu aux termes du paragraphe c) ci-après.

c) Sont exclus de la garantie, les frais d'hébergement exposés:

- en établissements de postcure;
- en centre de rééducation professionnelle;
- en centre spécialisé de soins pour toxicomanes.

d) En tout état de cause, les actes pratiqués par des auxiliaires médicaux mais non prescrits médicalement n'ouvrent pas droit à prestation.

e) L'organisme recommandé ne prend pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale.

f) Les dépassements d'honoraires sont pris en charge dans la mesure où ils ont été déclarés par le praticien à la Sécurité sociale et dans la mesure où ils sont prévus à l'article 25 - COUVERTURE du présent titre.

Le présent contrat est émis dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables »,

conformément aux articles L.871-1 et L.322-2 du Code de la Sécurité sociale et à leurs décrets d'application.

En conséquence:

- il prend en charge:
 - l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie;
 - les équipements d'optique médicale dans la double limite des minima et maxima fixés par décret;
 - au moins deux prestations de prévention;
 - l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée.
- **il ne prend pas en charge:**
 - **les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins au-delà de la limite fixée par décret;**
 - **la majoration de la participation de l'assuré et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes (actes lourds)).**
 - **et de manière générale, il respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du présent contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci.**

En outre, il respecte le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé défini à l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale.

Les dépassements d'honoraires ou frais excédant les bases de remboursement de la Sécurité sociale sont pris en charge s'ils figurent sur le décompte de la Sécurité sociale, sauf s'ils concernent une interdiction de prise en charge du contrat responsable visée ci-dessus.

ARTICLE 25 - COUVERTURE

L'indemnité complémentaire versée par l'organisme recommandé s'ajoute à celles versées, au même titre, tant par la Sécurité sociale que par tout autre organisme. Le montant total des sommes versées est limité aux frais restant à la charge du participant.

MONTANT DES PRESTATIONS

POSTES	MONTANT DES PRESTATIONS		
	RÉGIME SOCLE	OPTION 1 (Y COMPRIS RÉGIME SOCLE)	OPTION 2 (Y COMPRIS RÉGIME SOCLE)
Hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale ⁽¹⁾			
Frais de séjour ⁽²⁾	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR
Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux ⁽²⁾			
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR
Forfait journalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique)	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
Chambre particulière (y compris maternité)	–	1,5 % du PMSS ⁽³⁾ par jour	2,5 % du PMSS ⁽³⁾ par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	–	1 % du PMSS ⁽³⁾ par jour	2 % du PMSS ⁽³⁾ par jour
Transport remboursé par la Sécurité sociale			
Transport du malade en véhicule sanitaire	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR
Actes médicaux			
Généralistes, (consultations et visites)			
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR
Spécialistes, neuro psychiatres (consultations et visites)			
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	100 % TM	100 % TM + 60 % BR	100 % TM + 100 % BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	100 % TM	100 % TM + 40 % BR	100 % TM + 80 % BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)			
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 80 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE) et doppler			
• Pour les médecins adhérents au C.A.S.	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR
• Pour les médecins non adhérents au C.A.S.	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 80 % BR
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes), analyses médicales et travaux de laboratoire			
	100 % TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 50 % BR
Pharmacie			
Pharmacie y compris vaccins remboursés par la Sécurité sociale		100 % TM	
Vaccins prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non remboursés par la Sécurité sociale)		10 € par an et par bénéficiaire	
Médicaments prescrits mais non pris en charge par la Sécurité sociale		–	100 € / an / bénéficiaire
Dentaire remboursé par la Sécurité sociale			
Consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie		100 % TM	100 % TM + 50 % BR / 100 % TM + 100 % BR

MONTANT DES PRESTATIONS

POSTES	RÉGIME SOCLE	OPTION 1 (Y COMPRIS RÉGIME SOCLE)	OPTION 2 (Y COMPRIS RÉGIME SOCLE)
Inlays, onlays d'obturation	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR
Prothèses dentaires			
Prothèses fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations), remboursés par la Sécurité sociale)	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 200 % BR
Inlays core	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale			
Piliers de bridge sur dent saine, par pilier	100 % BR reconstituée (BR = 107,50 €)	150 % BR reconstituée (BR = 107,50 €)	200 % BR reconstituée (BR = 107,50 €)
Implants dentaires, par implant	-	100 € / an / bénéficiaire	450 € / an / bénéficiaire
Parodontologie (curetage/surfaçage, greffe gingivale et lambeau)	-	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire
Frais d'orthopédie dentofaciale (orthodontie)			
Actes pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 200 % BR
Actes non pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR reconstituée (BR = 193,50 €)	150 % BR reconstituée (BR = 193,50 €)	200 % BR reconstituée (BR = 193,50 €)
Autres prothèses			
Prothèses auditives	100 % TM majoré de 200 € / oreille / an / bénéficiaire		100 % TM majoré de 300 € / oreille / an / bénéficiaire
Orthopédie et autres prothèses médicales non dentaires et non auditives	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR
Optique			
Pour un verre			
Verre simple foyer, sphérique ⁽⁴⁾			
Sphère de - 6 à + 6	60 €	80 €	90 €
Sphère de - 6,25 à - 10 ou + 6,25 à + 10	80 €	90 €	100 €
Sphère < - 10 ou > + 10	85 €	100 €	110 €
Verre simple foyer, sphéro-cylindrique ⁽⁴⁾			
Cylindrique < + 4 sphère de - 6 à + 6	70 €	90 €	100 €
Cylindrique < + 4 sphère < - 6 ou > + 6	80 €	100 €	110 €
Cylindrique > + 4 sphère de - 6 à + 6	100 €	120 €	130 €
Cylindrique > + 4 sphère < - 6 ou > + 6	110 €	130 €	140 €
Verre multifocal ou progressif sphérique ⁽⁴⁾			
Sphère de - 4 à + 4	130 €	150 €	190 €
Sphère < - 4 ou > + 4	150 €	170 €	210 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique ⁽⁴⁾			
Sphère de - 8 à + 8	160 €	180 €	220 €
Sphère < - 8 ou > + 8	200 €	220 €	260 €
Monture ⁽⁴⁾ sous déduction du remboursement Sécurité sociale	1,5 % du PMSS ⁽⁵⁾	1,5 % du PMSS ⁽⁵⁾	3,5 % du PMSS ⁽⁵⁾
Lentilles de contact correctrices (y compris jetables et celles n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale)	2 % du PMSS ⁽⁵⁾ / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles	3 % du PMSS ⁽⁵⁾ / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles	5 % du PMSS ⁽⁵⁾ / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles
Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser	-	10 % du PMSS ⁽⁶⁾ / œil	25 % du PMSS ⁽⁶⁾ / œil

MONTANT DES PRESTATIONS

POSTES	RÉGIME SOCLE	OPTION 1 (Y COMPRIS RÉGIME SOCLE)	OPTION 2 (Y COMPRIS RÉGIME SOCLE)
Indemnités forfaitaires			
Maternité	—	10 % du PMSS ⁽⁷⁾	15 % du PMSS ⁽⁷⁾
Cures thermales (dans la limite des frais engagés pour les frais médicaux, de transports et de séjours)	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR + 5 % du PMSS ⁽⁸⁾	100 % TM + 50 % BR + 10 % du PMSS ⁽⁸⁾
Médecine douce (consultations non prises en charge par la Sécurité sociale)			
Consultations d'ostéopathie, de chiropratie, d'acupuncture, ou d'étiopathie ⁽⁹⁾	Remboursement global de 40 € / séance (maxi 2 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 40 € / séance (maxi 3 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 40 € / séance (maxi 5 séances / année civile / bénéficiaire)
Actes de prévention			
Voir liste ci-après ⁽¹⁰⁾	100 % TM		

BR = base de remboursement Sécurité sociale.

C.A.S. = contrat d'accès aux soins.

(1) Y compris hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale de moins de 24 heures, intervention chirurgicale sans hospitalisation et hospitalisation à domicile.

(2) Les frais sont ceux correspondant aux frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité sociale), aux frais de salle d'opération, à la pharmacie, aux autres frais médicaux, y compris participation forfaitaire de 18 € pour les actes dont le tarif est supérieur à 120 € ou ayant un coefficient K>60.

(3) En vigueur au 1^{er} jour de l'hospitalisation

(4) La prise en charge par l'organisme recommandé est limitée à un équipement optique. (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique du bénéficiaire. Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, la limitation s'applique annuellement. La modification de la correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien. Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans. Le cumul des garanties des verres et de la monture ne peut pas être inférieur aux minima imposés par l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale.

(5) En vigueur au jour de la dépense.

(6) En vigueur au jour de l'intervention.

(7) En vigueur à la date de la naissance.

(8) En vigueur au 1^{er} jour de la cure.

(9) Les **ostéopathes** doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.

Les **chiropracteurs** doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).

Les **acupuncteurs** doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Les **étiopathes** doivent être inscrits sur le Registre National des Etiopathes.

(10) **Actes de prévention:**

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.
- Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - coqueluche : avant 14 ans ;
 - hépatite B : avant 14 ans ;
 - BCG : avant 6 ans ;
 - rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - haemophilus influenzae B ;
 - vaccination contre les infections invasives à pneumocoques.

ARTICLE 26 - PIÈCES À FOURNIR

REMBOURSEMENT DE SOINS - MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITÉ

En vue du règlement des prestations, un dossier de demande de prestations, fourni par l'organisme recommandé, est rempli, accompagné des pièces justificatives, notamment :

I- l'original du DÉCOMPTE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE et de tout autre organisme, indiquant la qualité de la personne malade et le montant du remboursement au titre de l'Assurance Maladie et/ou Accident du Travail ou Maladies Professionnelles;

II- la PRESCRIPTION MÉDICALE;

III- le DEVIS préalable lorsqu'il conditionne la prestation;

IV- la (ou les) ATTESTATION(s) de paiement le cas échéant;

V- une FACTURE acquittée des frais réels mentionnant tous les actes pour :

- Frais d'hospitalisation médicale et chirurgicale, frais d'accouchement :

- l'original du « bordereau 615 » acquitté, s'agissant d'établissements conventionnés privés tenus à cette facturation,

- l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier et notes d'honoraires correspondant à la chirurgie, datées et signées par le praticien ou l'établissement qui les a délivrées, mentionnant les nom et prénoms de la personne soignée ou opérée, la date des soins, la codification et le cas échéant, la nature des actes pratiqués,

- les notes de dépassement d'honoraires.

- Pharmacie : bordereau subrogatoire du pharmacien en cas d'utilisation du tiers payant.

- Autres postes : en cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, selon le cas, l'original de la facture ou la photocopie de la feuille de soins.

- Soins dentaires : le chirurgien-dentiste doit mentionner la codification des actes.

- Prothèses dentaires et orthodontie :

- photocopie de la feuille maladie complétée par le dentiste après exécution des travaux,

- original de la facture et/ou note d'honoraires détaillée et acquittée de tous les actes (partie prise en charge et partie non prise en charge).

- Lunettes : original de la facture détaillée et acquittée (séparer le coût des verres et de la monture).

- Lentilles de contact correctrices :

- original de la facture détaillée et acquittée,

- original de la prescription médicale datant de moins de deux ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) s'agissant des lentilles n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

- Cures thermales :

- original de la facture de l'établissement thermal détaillée et acquittée,

- les bordereaux de la Sécurité sociale se rapportant à cette cure.

- Maternité :

- original de la facture,

- l'extrait d'ACTE DE NAISSANCE de l'enfant ou co-

pie du livret de famille (Attention : cette démarche ne remplace pas l'inscription de l'enfant en tant que bénéficiaire du régime, cette inscription devant être effectuée par le participant auprès de son service du personnel).

- Prévention :

- l'original de la facture du pharmacien et/ou du praticien, en ce qui concerne les vaccins, médicaments ou actes non pris en charge par la Sécurité sociale.

L'organisme recommandé se réserve le droit de demander toute autre pièce, examen ou acte nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit du participant.

ARTICLE 27 - DÉCHÉANCE

L'assuré est déchu de ses droits aux prestations si la demande des pièces justificatives ne parvient pas à l'organisme assureur dans un délai de deux ans à compter de la date des soins.

ANNEXE - SERVICES PROPRES À NOTRE OFFRE



- La totalité des opérations de gestion du régime frais de santé est centralisée à Strasbourg chez ARPEGE PRÉVOYANCE, membre de AG2R LA MONDIALE (coordonnées complètes, adresses e-mail et **numéros de téléphone directs** indiqués dans la notice d'information et le guide employeur) ;
- Centre de gestion certifié ISO 9001, certification obtenue et confirmée depuis 2008 ;
- Télétransmission « NOEMIE » (CPAM, RSI, MSA) : 90% des prestations payées sont traitées par télétransmission



- TIERS PAYANT :

SP SANTE, opérateur national parmi les leaders du marché : 13 millions de bénéficiaires, près de 150 000 professionnels de santé (pharmacies, auxiliaires médicaux, opticiens, biologistes, radiologues ...)

- **ESPACE internet sécurisé en ligne pour les établissements** : déclaration des mouvements de personnel, édition des bulletins individuels d'affiliation, édition de la liste des salariés, consultation des taux de cotisations, paramétrage DSN ...)
- **ESPACE internet sécurisé pour les salariés** : consultation des garanties, des remboursements, ré-impression cartes de tiers-payant, formulaires de contacts et envoi de documents ...)
- **RESEAU DE SOINS ITELIS**

ITELIS est une plate-forme santé permettant à ses utilisateurs de bénéficier au travers d'un réseau de professionnels de santé sélectionnés :

- **D'avantages tarifaires significatifs**
- **De la dispense d'avance de frais grâce au tiers payant.**

3 grands domaines sont concernés : l'optique, le dentaire et l'audioprothèse.

Le conventionnement

Mode de conventionnement

- Des opticiens sous enseignes (OPTIC 2000, KRYSS, AFFLELOU , ATOL ...) et des indépendants
- Uniformité des prix préférentiels dans tous les magasins partenaires pour un même équipement et un même traitement
- Tous les tarifs du réseau répondent aux seuils du Contrat Responsable

Maillage du réseau

- Le maillage du réseau a été constitué de manière à assurer une **proximité aux bénéficiaires** des services Itelis
- **3 grands axes qualitatifs** :
les diplômes, le plateau technique, l'offre magasin et les services +

**Plus de
70%**

des bénéficiaires ont un opticien partenaire sur place

**Plus de
95%**

des bénéficiaires ont un opticien partenaire dans un rayon de 10km de leur domicile ou lieu de travail

Les tarifs réseaux les plus compétitifs du marché

-40%

économie moyenne sur les **verres***

-15%

remise minimale sur les **montures** et le para-optique

-10%

remise minimale sur les **lentilles**

Tous nos tarifs verres sont inférieurs aux plafonds du Contrat Responsable

Dispense d'avance de frais grâce au tiers-payant

Chirurgie réfractive :

Ce service offre l'accès à un réseau de centres spécialisés en chirurgie réfractive partenaires permettant aux bénéficiaires de profiter :

- De tarifs négociés : jusqu'à 30% d'économie sur les techniques les plus utilisées (PKR, LASIK, FEMTO) par rapport aux prix moyens de marché
- Tarif à partir de 1.400 € pour les deux yeux
- Engagement de qualité en relation avec le type de chirurgie (plateaux techniques adaptés, chirurgiens expérimentés, accueil personnalisé)

Réseau Audioprothèse

Réseau	Principaux avantages	Mode de conventionnement
Audioprothèse 700 audioprothésistes	<ul style="list-style-type: none"> •Jusqu'à -25% sur les prothèses auditives •Garantie 2 mois « Satisfait ou échangé » (sauf embouts) 	<ul style="list-style-type: none"> •Réseau ouvert •Des centres audio de grandes enseignes (Audio 2000, AUDILAB, Audio Optical center...)
Service « + »	<ul style="list-style-type: none"> •<u>En audioprothèse :</u> •Principe « d'évaluation contrôlée » mis en place par Itelis évitant de payer très cher une prothèse inadaptée (évaluation multicritères permettant de déterminer le type d'équipement requis parmi 4 classes d'appareils). 	

Dispense d'avance de frais grâce au tiers-payant

Réseau Dentaire

Principaux avantages		
Dentaire Omnipratique 2600 chirurgiens-dentistes	<ul style="list-style-type: none"> •Jusqu'à -15% sur les prothèses les plus fréquentes (couronnes, bridges) •Le tiers-payant 	
Implantologie dentaire 140 spécialistes en implantologie	<ul style="list-style-type: none"> •Jusqu'à -25% sur un traitement implantaire •Tarifs à partir de 1400 euros pour un acte complet (implant, pilier, couronne) •Remplacement de l'implant en cas de rejet 	
Mode de conventionnement		
<ul style="list-style-type: none"> •Des réseaux ouverts, conditionnés par la signature d'une convention de partenariat •Notre réseau est composé de PS libéraux et de centres dentaires •Avis déontologique favorable de la part du Conseil National de l'Ordre 		

Dispense d'avance de frais grâce au tiers-payant

Application webmobile @pplitelis®

Une application webmobile pour faire des bénéficiaires des consommateurs de prestations de santé plus avisés

« Combien ça coûte ? » :

- Pour avoir une information claire et sur des prestations de santé complexes dans les domaines couverts par Itelis
- Pour connaître le prix moyen des principales prestations de santé



« Trouver un partenaire » :

- Pour trouver les coordonnées des partenaires d'Itelis les plus proches
- Pour connaître les avantages réservés aux bénéficiaires auprès des partenaires d'Itelis

- Une nouvelle partie dédiée aux principaux actes réalisés en hospitalisation
- Informations sur les indications, la fréquence et le montant moyen des dépassements d'honoraires...

Web

Un outil de géolocalisation disponible en ligne sur l'espace bénéficiaire



CONSEIL ET SOUTIEN FACE AUX IMPRÉVUS

AG2R Prévoyance a développé une action sociale qui accompagne les assurés soit individuellement en accordant des aides financières aux salariés en difficulté, soit de manière collective par des actions au profit de tous, axées sur l'information, la prévention et le soutien de la recherche médicale.

NOS DISPOSITIFS D'AIDE SOCIALE

AG2R LA MONDIALE permet à tous nos assurés AG2R Prévoyance de bénéficier d'une aide financière en cas de maladie, hospitalisation, invalidité, handicap, perte d'autonomie, décès, obsèques, veuvage, si la nature de notre aide sociale est en lien avec les contrats souscrits par votre entreprise ou la branche professionnelle.

Elle sera accordée selon les besoins et après étude du dossier et sous conditions de ressources.

Nos interventions les plus fréquentes:

- aide financière en cas de situations liées à un accident ou une maladie,
- aide aux personnes en situation de handicap (assuré ou ayant droit) (aménagement de logement, du véhicule, prise en charge de matériel spécialisé, aide à domicile,...),
- secours à la famille (conjoint, enfants à charge) suite au décès du salarié,
- aide exceptionnelle en cas de grande difficulté et aide d'urgence.

Toutes les demandes d'aides sont examinées par nos Comités régionaux prévoyance et tiennent compte de l'ensemble des intervenants sociaux.

NOS ÉQUIPES SOCIALES PROCHES DE VOUS

Réparties sur l'ensemble du territoire, nos équipes sociales ont pour vocation de vous écouter, vous orienter vers les structures adéquates et vous accompagner dans vos démarches.

NOTRE ENGAGEMENT SOCIAL

AG2R Prévoyance mène chaque année de nombreuses actions collectives de prévention santé.

Des forums, conférences ou ateliers pratiques sont organisés régulièrement en région autour des thèmes concernant l'audition, la nutrition la promotion des activités physiques et sportives, etc.

Pour mieux connaître les besoins de ses assurés et renforcer son expertise, AG2R Prévoyance soutient de nombreux projets en matière de recherche d'études et de nouveaux services.

Des partenariats ont été noués avec des instituts de recherche médicale, des Fondations et des universités.

PRIMADOM*, UN SERVICE D'AIDE AU QUOTIDIEN

Depuis mars 2012, AG2R Prévoyance met à votre disposition PRIMADOM, service gratuit d'accompagnement à la personne spécialement dédié aux entreprises et salariés de votre branche professionnelle.

Joignables par téléphone, les conseillers PRIMADOM sont là pour vous informer, vous orienter et vous accompagner dans vos démarches quotidiennes.

À chaque situation, une réponse adaptée pour :

- les salariés comme les employeurs ;
- les conjoints ;
- les enfants ou les ascendants.

Ma vie professionnelle

- Je cherche une formation pour consolider mon expérience : quels dispositifs existent ?
- J'ai un projet personnel : où trouver un financement ?

Ma santé et mon bien-être

- Je vais être hospitalisé prochainement et je voudrais anticiper mon retour à domicile : puis-je prétendre à une aide ?
- J'ai eu un accident au travail : où avoir des informations et des conseils sur les démarches à effectuer ?

Ma vie familiale

- Je cherche une personne de confiance pour garder mes enfants après la sortie de l'école : à qui m'adresser ?
- J'aide mes parents âgés : quelles solutions existent pour faciliter leur maintien à domicile ?

Mon logement

- Je viens de trouver un logement mais j'ai des difficultés à payer la caution : existe-t-il une aide ?

Ma préparation à la retraite

- J'ai entendu parler de stage de préparation à la retraite : auprès de qui me renseigner ?

* Service réservé aux adhérents AG2R Prévoyance, membre d'AG2R LA MONDIALE.

POUR JOINDRE PRIMADOM

Sur simple appel téléphonique, un conseiller PRIMADOM est à votre écoute et vous fournira toutes les informations utiles.

Du lundi au vendredi de 8h30 à 19h00
Le samedi de 8h30 à 13h00
Tél. 0969 393 606 (prix d'un appel local)
ou rendez-vous sur le site :
www.primadom.branche.pro.ag2r.lamondiale.fr

L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES ENTREPRISES

AG2R LA MONDIALE
offre une gamme
étendue de solutions
en protection sociale.

SANTÉ

Complémentaire santé collective

PRÉVOYANCE

Incapacité et invalidité
Décès

RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE

Plan d'épargne retraite entreprises (Article 83)
Retraite supplémentaire à prestations définies
(Article 39)

ÉPARGNE SALARIALE

Plan épargne entreprise (PEE)
Plan épargne retraite collectif (PERCO)
Compte épargne temps (CET)

PASSIFS SOCIAUX

Indemnités fin de carrière (IFC)
Indemnités de licenciement (IL)

ENGAGEMENT SOCIAL

Prévention et conseil social
Accompagnement

AG2R LA MONDIALE
104-110 bd Haussmann
75379 Paris Cedex 08
Tél.: 0 969 32 2000
(appel non surtaxé)
www.ag2rlamondiale.fr



AG2R Prévoyance, membre de AG2R LA MONDIALE - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - 35, boulevard Brune 75014 PARIS - Membre du GIE AG2R RÉUNICA.