



Notice d'information

Salariés relevant des
Organismes et Services pour
Jeunes Travailleurs

Contrat complémentaire de
Frais de Santé
Renforts au choix de l'entreprise

Janvier 2017



CHOIX DES RENFORTS FAITS PAR L'ENTREPRISE :

L'employeur s'engage, sous sa responsabilité exclusive, à cocher, en première page de la présente Notice d'Information, les renforts qu'il a effectivement souscrits aux conditions particulières cosignées avec les organismes assureurs.

HOSPITALISATION	
RENFORT H1	<input type="checkbox"/>
RENFORT H2	<input type="checkbox"/>
RENFORT H3	<input type="checkbox"/>
OPTIQUE	
RENFORT O1	<input type="checkbox"/>
RENFORT O2	<input type="checkbox"/>

MEDECINE AMBULATOIRE	
RENFORT M1	<input type="checkbox"/>
RENFORT M2	<input type="checkbox"/>
DENTAIRE	
RENFORT D1	<input type="checkbox"/>
RENFORT D2	<input type="checkbox"/>

TABLE DES MATIÈRES

I Les bénéficiaires du régime frais de santé obligatoire	6
II - Prise d'effet, suspension, maintien et terme des garanties	8
III - Vos garanties et prestations	10
IV - Vos cotisations	13
V -Dispositions générales	13
Annexe I - Maintien des garanties	15
Annexe II - Les Renforts	19
Annexe III - Attestation de réception de la Notice d'information	21

→ PRÉAMBULE

Par avenant n°39 du 03 juillet 2014 et n°41 du 28 juin 2016 à la Convention Collective Nationale des Organismes et Services pour jeunes travailleurs du 16 juillet 2003, les partenaires sociaux de la branche ont institué la mise en place d'un régime de couverture complémentaire à la Sécurité sociale, des dépenses de santé à adhésion obligatoire au profit de l'ensemble du personnel salarié des entreprises relevant du champ d'application de ladite Convention Collective, définissant ainsi un régime conventionnel de base.

En complément des garanties du régime de base conventionnel, les employeurs peuvent souscrire un contrat garantissant des renforts de garanties, supérieures au contrat garantissant le régime de base conventionnel.

Les organismes assureurs s'engagent à œuvrer pour la pérennité du régime dans l'intérêt des associations et des salariés de la branche.

Votre employeur a souscrit au bénéfice de l'ensemble du personnel salarié et le cas échéant, leurs ayants droit, un Contrat collectif à adhésion obligatoire auprès de MUTEX, qui a pour objet de compléter les prestations en nature versées par la Sécurité sociale et par le régime conventionnel de base, en remboursement des frais médico-chirurgicaux occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Votre employeur doit nécessairement souscrire le contrat assurant le régime de base conventionnel relevant de la Convention Collective Nationale des Organismes et Services pour jeunes travailleurs du 16 juillet 2003 auprès des organismes assureurs parties au contrat, afin de souscrire les renforts optionnels.

Si votre employeur a choisi de souscrire les renforts en page 1 de la présente notice, ce choix s'applique obligatoirement à vous.

La gestion de vos prestations et de vos cotisations est confiée à l'une des Mutuelles locales compétentes, dénommées ci-après « organisme assureur », auprès de laquelle votre employeur a souscrit le Contrat, objet de la présente Notice d'information.

Les organismes assureurs sont les suivants :

MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE, Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale. Siège social : 21, rue Laffitte – 75009 PARIS, co-assureur du présent dispositif avec les Mutuelles ci-après désignées .

MUTEX-l'alliance mutualiste composée de :

- **MUTUELLE CHORUM**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire Sirene sous le n°784 621 419, Siège social : 4/8 rue Gambetta - 92240 MALAKOFF substituée intégralement par MUTEX UNION, Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le n°442 574 166, Siège social : 125 avenue de Paris – 92327 CHATILLON Cedex
- **ADREA MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire Sirene sous le n°311 799 878, Siège social : 25 place de la Madeleine - 75008 PARIS
- **APREVA**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire Sirene sous le n°775 627 391, Siège social : 20 boulevard Papin BP 1173 – 59012 LILLE
- **EOVI MCD**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire Sirene sous le n°317 442 176, Siège social : 173, rue de Bercy- CS 31802 - 75584 PARIS CEDEX 12
- **HARMONIE MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire Sirene sous le n°538 518 473, Siège social : 143 rue Blomet – 75015 PARIS
- **OCIANE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire Sirene sous le n°434 243 085, Siège social : 8 terrasse du Front du Médoc – 33054 BORDEAUX Cedex
- **MUTEX**, Entreprise régie par le Code des Assurances, inscrite au Registre du Commerce et des sociétés de Nanterre sous le n°529

219 040, Siège social : 125 avenue de Paris – 92327 CHATILLON Cedex

MUTEX-l'alliance mutualiste et MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE sont co-assureurs entre eux dans la cadre d'un groupement de coassurance. Ils confient la coordination du dispositif et l'interlocution à MUTEX pour la négociation des conditions du contrat et de son renouvellement.

Afin d'organiser la mutualisation intégrale des risques relatifs au présent contrat entre les organismes assureurs précités, ces derniers instituent entre eux une coassurance, chacun étant engagé pour la couverture des risques à hauteur de sa quote-part respective et sans solidarité entre eux.

L'organisme co-assureur 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 », le cas échéant représenté par « l'organisme gestionnaire ».

Vous bénéficiez du respect de la garantie de vos droits en cas de modification ou de cessation de la coassurance, auprès de l'organisme assureur retenu par votre employeur,

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, le contrat souscrit par votre employeur 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 à votre employeur.

La présente Notice d'information vous précise les garanties et les prestations auxquelles vous pouvez prétendre au titre du Contrat Frais de santé souscrit auprès du groupement mutualiste et MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE, ainsi que leurs modalités de prise en charge, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir.

Ce document vous indique également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription.

Vos droits et obligations, notamment les modalités de calcul et montant des cotisations peuvent être modifiés par voie d'avenant au Contrat souscrit par votre employeur, qui vous informe de ces modifications.

Outre le remboursement des prestations Frais de santé, vous avez accès, en qualité de Membre participant, le cas échéant, aux réalisations sanitaires et sociales de cette dernière : centres d'optique, de santé dentaire, services pour personnes handicapées, etc.

Votre employeur doit vous remettre obligatoirement, dès lors que vous êtes dûment affilié, un exemplaire de la présente Notice d'information et le cas échéant les statuts de la mutuelle dont vous relevez. Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, une nouvelle Notice (ou additif à celle-ci) devra vous être remise par votre employeur.

Nous mettons tout en œuvre pour vous assurer une protection sociale de qualité.

Pour tout renseignement, n'hésitez pas à contacter votre Mutuelle.

I LES BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ OBLIGATOIRE

A. QUI PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ ?

La notion de garanties, pour la présente Notice d'information, s'entend comme étant les renforts choisis par l'entreprise. Ce choix étant réalisé par votre employeur et indiqué dans les conditions particulières.

Les garanties « Frais de Santé complémentaire » du Contrat collectif souscrit par votre employeur vous sont accordées, ainsi qu'à vos ayants droit, à compter du premier jour d'activité dans l'association, ainsi qu'à vos ayants droit, sans délai de carence, sous réserve que vous satisfassiez aux conditions cumulatives suivantes :

- être un salarié sous contrat de travail inscrit aux effectifs de l'entreprise adhérente ;
- être affilié au régime général ou au régime local Alsace Moselle de la Sécurité sociale.

Ainsi affilié, vous acquérez la qualité de « **Membre participant** » de l'organisme assureur dont relève votre entreprise.

Les salariés engagés postérieurement à la date de prise d'effet du Contrat sont affiliés dès lors qu'ils répondent aux conditions définies ci-dessus, sous réserve d'avoir été déclarés auprès de l'organisme assureur ou gestionnaire dans les trois mois suivant la date de leur engagement.

En cas de déclaration d'affiliation au-delà du délai de trois mois suivant leur engagement, les salariés sont affiliés à compter de la date de réception de cette déclaration.

On entend par Membre participant

Vous-même, en qualité de salarié.

On entend par ayants droit

- votre **conjoint** non divorcé, ni séparé de corps judiciairement ayant ou non une activité professionnelle.

A défaut est assimilé à votre conjoint :

- votre **partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS)**.

Est considéré comme partenaire de PACS, quel

que soit son sexe, la personne ayant conclu avec le Membre participant 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.

- votre concubin, sous réserve du contrôle défini au Chapitre « Dispositions Générales » de la présente Notice d'information.

Est considéré comme concubin, la personne vivant en couple avec le Membre participant 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...). Les concubins ne doivent être, ni l'un, ni l'autre mariés ou liés par un PACS ;

Pour le conjoint travailleur non salarié, les remboursements sont effectués sur les mêmes bases que ceux dont bénéficient les Membres participants du Contrat.

● vos **enfants à charge**.

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants fiscalement à charge du Membre participant et ceux de son conjoint, sous réserve d'apporter annuellement tout justificatif de leur situation et sous réserve qu'ils soient :

- âgés de moins de 18 ans (sans justificatif) ;
- âgés de moins de 26 ans et sur justificatif :
 - s'ils poursuivent leurs études,
 - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle Emploi,
 - ou sont sous contrat d'apprentissage,
 - ou s'ils exercent une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au RSA mensuel.

Les enfants sont considérés comme à charge quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18^e anniversaire.

Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du Membre participant sont considérés comme à charge.

B. LES FORMALITÉS D'AFFILIATION

L'affiliation au régime Frais de santé nécessite d'accomplir certaines formalités.

Vous devez compléter le Bulletin Individuel d’Affiliation qui vous a été remis pour vous-même et le cas échéant, vos ayants droit et devez l’adresser à l’organisme assureur dont relève votre entreprise, par l’intermédiaire de votre employeur, accompagné des pièces justificatives mentionnées ci-après.

Dès la remise de l’ensemble de ces documents, votre organisme assureur vous remettra une carte de **tiers payant valant affiliation** pour vous et vos ayants droit, sur laquelle figurent les bénéficiaires inscrits.

Outre le Bulletin Individuel d’Affiliation, pour bénéficier des prestations, vous devez également fournir, en fonction de votre situation de famille, les différentes pièces mentionnées au Chapitre C. « Les justificatifs à fournir pour l’inscription des bénéficiaires » ci-après.

● Modification de votre situation familiale

En cas de modification de votre situation familiale (mariage, naissance, ...) ou de celle de votre (vos) ayant(s) droit, vous devez compléter un bulletin modificatif disponible auprès de votre service des Ressources Humaines, qui se chargera de le transmettre à votre organisme assureur, accompagné des pièces justificatives.

● Modification de votre situation administrative

Vous devez également signaler dans les plus brefs délais à votre organisme assureur toute modification relative à la gestion de votre dossier (changement d’adresse, de Caisse Primaire d’Assurance Maladie, de coordonnées bancaires, ...).

C. LES JUSTIFICATIFS À FOURNIR POUR L’INSCRIPTION DES BÉNÉFICIAIRES

Qualité du bénéficiaire	Pièces justificatives à fournir au centre de gestion de votre organisme assureur (copies)
Membre participant (salarié, retraité, préretraité ...)	Attestation d’immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) + copie du livret de famille, s’il y a des ayants droit non à charge au sens de la Sécurité sociale Relevé d’Identité Bancaire ou IBAN

Conjoint	Attestation d’immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale), s’il est lui-même assuré social
Concubin - Partenaire de PACS	Justificatif de vie commune (quittance de loyer, facture EDF,...ou copie du contrat de PACS) + Attestation d’immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale), s’il est lui-même assuré social
Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale	Attestation d’immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) du salarié ou de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS justifiant de la qualité d’ayant droit
Enfant de moins de 26 ans, étudiant	Certificat de scolarité ou copie carte d’étudiant + Attestation d’immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) du régime étudiant
Enfant de moins de 26 ans, en contrat d’apprentissage ou de	Contrat d’apprentissage ou de formation en alternance + dernier bulletin de salaire + Attestation d’immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale)
Enfant de moins de 26 ans à charge fiscalement	Avis d’imposition + Attestation d’immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale)
Enfant ayant terminé ses études au plus tard à 26 ans et inscrit au Pôle emploi	Certificat de scolarité de la dernière année d’études + Attestation d’inscription au pôle emploi + Attestation d’immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale)
Enfant atteint d’une infirmité l’empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon la réglementation Sécurité sociale)	Tout document justificatif (notification de l’invalidité, attestation versement de l’AAH,...)

L’organisme assureur se réserve par ailleurs le droit de réclamer toute autre pièce justificative complémentaire.

II - PRISE D'EFFET, SUSPENSION, MAINTIEN ET TERME DES GARANTIES

A. PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES

Sous réserve du respect des modalités d'affiliation, les garanties entrent en vigueur :

- **soit à la prise d'effet du Contrat, dès lors que vous êtes Membre participant de l'entreprise à cette date ;**
- **soit à compter de la date à laquelle vous répondez aux conditions définies au chapitre I-A de la présente Notice, lorsque vous êtes 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 votre engagement.**

Passé ce délai, les garanties ne prendront effet qu'à la date de réception par l'organisme assureur de la déclaration d'adhésion par l'entreprise.

En tout état de cause, seuls les frais médico-chirurgicaux 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 au Contrat du Membre participant ou de ses ayants droit donnent lieu à prise en charge au titre du Contrat.

B. SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

● Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation

Les garanties sont suspendues de plein droit, si vous vous trouvez dans l'un des cas suivants de suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à un mois, dès lors qu'ils ne donnent lieu à aucune 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 :

- congé sabbatique ;

- congé pour création d'entreprise ;
 - congé parental d'éducation ;
 - périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;
 - congé sans solde, tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié ;
 - congé de soutien familial ;
- 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 cessation de votre activité professionnelle au sein de votre entreprise et s'achève dès votre reprise effective du travail, sous réserve que votre organisme assureur en soit informé dans **un délai de trois mois** suivant votre reprise.

Pendant la période de suspension des garanties dont les cas sont mentionnés ci-dessus, aucune cotisation n'est due et les frais médico-chirurgicaux dont la date des soins se situe durant la période de suspension ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du contrat Frais de santé (la date de survenance retenue étant la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale).

En cas de suspension de votre contrat de travail d'une durée supérieure à un mois ne donnant lieu ni à maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur, ni aucune indemnisation dans les conditions définies ci-dessus, vous pouvez bénéficier, à titre **individuel et facultatif**, du maintien des garanties énoncées dans la présente Notice, selon les modalités décrites en Annexe I-A.

● Suspension du contrat de travail indemnisée

En cas de suspension de votre contrat de travail 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], le bénéfice des garanties définies à la présente Notice est maintenu pendant toute la

durée de suspension de votre contrat de travail et ce, dans les mêmes conditions que lorsque vous étiez en activité.

La participation patronale et la part salariale afférentes aux cotisations continuent à être versées selon les mêmes modalités que pour les salariés en activité.

C. MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

Maintien des garanties à titre individuel

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi « Evin »), peuvent bénéficier du maintien des garanties, 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 rupture 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 ;
- les anciens salariés privés d'emploi, tant qu'ils ne retrouvent pas une activité professionnelle, 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 L911-8 du Code de la sécurité sociale ;
- les personnes garanties du chef du Membre participant décédé, à titre gracieux, pendant **une durée maximale de douze mois** à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les **six mois** suivant le décès du Membre participant.

Les garanties prennent effet le lendemain de la demande et au plus tôt, le lendemain de la rupture de votre contrat de travail ou le lendemain du jour de votre décès.

Les modalités proposées par votre organisme

assureur pour le maintien des garanties sont exposées en Annexe I-B de la présente Notice.

Anciens salariés privés d'emploi et indemnisés par Pôle emploi

Les salariés assurés au titre du présent contrat et dont le contrat de travail cesse, 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 gestionnaire, 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 informer l'organisme assureur gestionnaire dont relève le salarié de la cessation du contrat de travail.

Les modalités et les conditions dans lesquelles ce maintien est organisé et notamment l'articulation avec le dispositif de maintien issu de l'article 4 de la « loi Evin », sont définies en Annexe I-C de la présente Notice.

D. TERME DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- à la date de la liquidation de votre pension de retraite de la Sécurité sociale, sauf si vous vous trouvez en situation de cumul emploi retraite, **tel que défini par la législation en vigueur ;**
- à la date de **rupture de votre contrat de travail (au terme du préavis effectué ou non), sous réserve des dispositions relatives au maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits et de celles relatives au maintien lié à l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 (loi « Evin ») ;**
- **au jour de votre décès, du décès de votre conjoint survivant ou de vos ayants droit susceptibles de conserver la faculté de poursuivre l'adhésion ;**
- **et en tout état de cause, à la date de résiliation du Contrat souscrit par votre employeur.**

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

III - VOS GARANTIES ET PRESTATIONS

Les garanties « Frais de Santé » qui vous sont accordées au titre du contrat complémentaire dépendent du choix des renforts mentionné en page 1 qu'a fait votre employeur parmi les 9 renforts possibles.

Si votre employeur a opté pour une couverture complémentaire au régime conventionnel, vous bénéficierez de fait, des garanties associées, qui figurent parmi les renforts présentés dans le tableau de garanties figurant ci-après. Les montants de prestations complètent pour les différents postes décrits et dans les limites énoncées, l'indemnisation effectuée par la Sécurité sociale et celle du régime de base conventionnel.

Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale ne donneront lieu à aucun remboursement au titre des garanties définies à la présente Notice, sauf dérogations expressément indiquées dans le tableau des

garanties figurant en annexe II (s'agissant en tout état de cause de spécialités ou actes à caractère thérapeutique, non liés au confort ou à l'esthétique).

● Dispositif Contrat responsable

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 contrevenir aux règles des contrats « responsables ». En cas de contradictions, les règles du contrat « responsable » priment sur les présentes dispositions.

Le contrat ne prend pas en charge :

- **la majoration de la participation des bénéficiaires à défaut de choix d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin hors parcours de soins,**
- **la majoration de la participation supportée par l'Assuré et ses ayants-droit sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L.1111-15 du code de la santé publique (accès au dossier Médical Personnel).**
- **les dépassements d'honoraires des spécialistes lorsque l'Assuré et ses ayants droit consultent sans prescription du médecin traitant,**
- **les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques**
- **la participation forfaitaire de 1€ par consultation, acte médical ou de biologie prévue au II de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale,**
- **les franchises médicales définies au paragraphe III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.**

● Calcul et versement des prestations

Comment vos prestations sont-elles calculées ?

Départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle

Si vous relevez du régime local Alsace Moselle, votre organisme assureur tiendra compte des dispositions spécifiques prévues par le Code de la Sécurité sociale pour cette zone géographique.

Montants des frais réels retenus

Les montants des frais réellement engagés retenus par votre organisme assureur sont égaux :

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

Maternité

Dans le cas de votre maternité ou en cas de maternité de votre épouse non divorcée, ni séparée de corps judiciairement, de votre concubine ou de votre partenaire liée par un PACS, si celle-ci est bénéficiaire du Contrat, les frais médicaux chirurgicaux engagés (examens prénataux, examens postnataux, frais d'accouchement, surveillance médicale de l'enfant) sont pris en charge dans les conditions indiquées dans le tableau des garanties issu de la présente Notice. Les soins et frais indemnisés au titre de la législation Maternité intervenant durant la période comprise entre le 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et 12 jours après l'accouchement sont garantis par extension du risque Maladie.

Sont couverts à ce titre 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.

Honoraires

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

Les prestations sont servies dans les limites fixées par les textes sur le «contrat responsable».

Les montants indiqués s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par des garanties complémentaires souscrites qui interviendraient avant la garantie prévue au contrat et dans la limite des frais facturés et, **en tout état de cause dans le respect des interdictions et plafonds de prise en charge des « contrats responsables ».**

● Comment vous faire rembourser ?

La télétransmission – Noémie

Dans la plupart des cas, le remboursement des prestations est automatique grâce au système de télétransmission (NOEMIE) établi entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et votre organisme assureur. Grâce à lui, vous n'avez plus besoin d'envoyer vos décomptes, c'est la CPAM qui s'en charge.

Le règlement des prestations par votre organisme assureur s'effectue directement sur votre compte par virement bancaire avec transmission d'un relevé des remboursements effectués.

Cependant, pour certains actes (dentiste, optique, hébergement, cure...), l'envoi des pièces justificatives à l'organisme assureur est nécessaire.

En l'absence de télétransmission, vous devez adresser vos décomptes de Sécurité sociale accompagnés, le cas échéant, de pièces justificatives nécessaires au centre de gestion de votre organisme assureur.

Attention : la télétransmission NOEMIE n'est possible qu'auprès d'un seul organisme complémentaire.

Le Tiers payant

Le tiers payant est un accord passé entre les Mutuelles et les professionnels de santé, qui vous dispense de faire l'avance des frais de santé entrant dans la limite des montants mentionnés au tableau des garanties et prestations annexé à la présente Notice.

Lorsque vous avez satisfait aux modalités d'affiliation, il vous est remis une carte

permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé (pharmacie, laboratoire, ...). En présentant cette carte aux professionnels de santé, les prestations dues par l'organisme assureur, dans la limite des montants mentionnés dans le tableau de garanties annexé, sont directement réglées aux praticiens.

Le tiers payant fonctionne pour l'hospitalisation, la pharmacie et, selon les accords départementaux existants, pour les soins hospitaliers externes, dans les laboratoires d'analyses médicales, les cabinets de radiologie, les centres dentaires mutualistes et les centres d'optique mutualistes.

Si vous ne faites plus partie de l'entreprise, et ce quelle qu'en soit la cause (démission, retraite,....), vous devrez restituer cette carte dans les huit jours suivant la date de la modification de votre situation, à votre employeur qui devra nous la remettre.

Il est toutefois précisé que seuls les frais engagés postérieurement à la date d'effet de la garantie et antérieurement à la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie pour laquelle votre employeur a souscrit le contrat « Frais de Santé », sont pris en charge dans les conditions définies à la présente Notice, étant établi que seule la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale est prise en considération.

La prise en charge hospitalière

Si vous êtes hospitalisé dans un établissement conventionné, le centre de gestion de votre organisme assureur vous délivre, sur simple appel téléphonique, un accord de prise en charge garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux, dans la limite des garanties et prestations prévues au tableau annexé (les frais personnels, tels le téléphone, la télévision... ne sont pas pris en charge).

La prise en charge est adressée directement à l'établissement concerné.

Le 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] ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes EHPAD, ESAT, maisons de convalescence, centres ou instituts pour enfance handicapée ou inadaptée [CMPP, IME, IMP, IMPRO, ITEP] notamment)
- ainsi que les établissements de long séjour (du « type » maisons de retraite), ne donnant pas lieu à un forfait journalier.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Conformément à l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale, le montant des prestations garanti au contrat varie selon que le médecin a adhéré ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévus par la convention nationale médicale.

La prise en charge des dépassements tarifaires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée est plafonnée dans la double limite de :

- 100% du tarif opposable (*);
- et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, minoré d'un montant au moins égal à 20% de la base de remboursement.

(*) : le tarif opposable à retenir est celui figurant sur le décompte de l'Assurance maladie pour l'acte ou la consultation effectué par le médecin non adhérent à un DPTM.

A titre indicatif, les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée incluent à ce jour :

- le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ;
- l'OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée) ;
- l'OPTAM-CO (Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) pour les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens.

Peuvent notamment adhérer à ces options les médecins pratiquant des honoraires non opposables (secteur 2) qui souhaitent s'engager dans une maîtrise de leurs dépassements d'honoraires. En contrepartie, les soins qu'ils réalisent bénéficient d'un remboursement identique aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables (secteur 1) par l'Assurance maladie obligatoire. L'OPTAM et l'OPTAM CO remplacent, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

• Quelles sont les limites au versement de vos prestations ?

Principe indemnitaire

Les remboursements des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, vous pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

Le premier organisme assureur consulté intervient 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 intervient 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 prises en charge des « contrats responsable ».

Prescription

Les prestations non réclamées et plus généralement toute action dérivant de l'application du Contrat se prescrivent par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, de votre fait, que du jour où votre organisme assureur en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où vous ou vos ayants droit en avez ou en ont eu connaissance, si vous prouvez ou ils prouvent que vous l'avez ou qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand votre action ou celle de vos ayants droit contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre vous ou votre ayant droit, 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 le membre participant 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 souscriptrice ou au Membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'entreprise souscriptrice, le Membre participant ou l'ayant droit à l'organisme assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Territorialité

Les garanties ne sont acquises qu'aux Membres participants affiliés au régime de Sécurité sociale français. Les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger, y compris dans le cas d'une hospitalisation, sont remboursés sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale. Les prestations de l'organisme assureur viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale et sont payées en euros.

IV - VOS COTISATIONS

• Quelle est l'assiette des cotisations au titre du contrat ?

Les cotisations sont exprimées en euros. Leur montant est fonction du choix des renforts fait par votre employeur et sont cumulatives selon les renforts retenus.

Une structure de cotisations « Famille » est retenue ; elle s'impose à vous.

Votre affiliation entraîne l'affiliation à la même date de l'ensemble de vos ayants droit, tels que définis à la présente Notice. Vous devez informer par écrit votre organisme assureur de l'adjonction d'un nouvel ayant droit.

Taxes

Les cotisations incluent la TSA dite « renouvelée » au taux de 13,27 % instaurée par la loi de Financement de la Sécurité sociale de 2014 pour 2015.

Encas d'instauration par les Pouvoirs publics après la souscription du Contrat, de nouvelles taxes, contributions ou prélèvements sociaux, ou en cas d'augmentation de taxes, contributions, prélèvements sociaux actuels ou à venir, ou d'éventuelles évolutions législatives, réglementaires relatives notamment aux prestations en nature de la Sécurité sociale ou d'origine conventionnelle et affectant l'équilibre du contrat, les conditions contractuelles relatives aux cotisations pourront être revues.

● Comment sont réglées vos cotisations ?

Vos cotisations sont précomptées directement par votre employeur sur votre salaire, lequel est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris de la part salariale précomptée sur votre salaire.

V - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

● Subrogation

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, les organismes assureurs sont subrogés, jusqu'à concurrence du montant des dites prestations, dans les droits et actions du Membre participant ou de ses ayants droit victimes d'un accident, contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

● Organisme de contrôle

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.

● Réclamation et litige

Pour toute réclamation ou litige, vous devez vous adresser à l'organisme assureur du Contrat.

● Médiation

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation de la présente Notice, vous pouvez avoir recours aux médiateurs nommés par les Assemblées Générales de votre organisme assureur.

● 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, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime, des données personnelles vous concernant qui feraient l'objet de traitements mis en œuvre par les organismes assureurs ou gestionnaires. Elles ont aussi le droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles après la mort.

Ces droits peuvent s'exercer en s'adressant au siège de l'organisme assureur gestionnaire dont relève la Personne morale souscriptrice.

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 vous pouvez prétendre. Elles sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales.

Ces informations sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants et prestataires des organismes assureurs ou gestionnaires 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.

ANNEXE I - MAINTIEN DES GARANTIES

A - SALARIÉS EN SUSPENSION DE CONTRAT DE TRAVAIL NE DONNANT PAS LIEU A INDEMNISATION

Les garanties peuvent être maintenues au salarié de l'entreprise souscriptrice, dont le contrat de travail est suspendu sans aucune indemnisation, dans les conditions définies au paragraphe II-C « Maintien des garanties » de la présente Notice d'information.

La demande de maintien doit être effectuée par écrit auprès de l'organisme assureur, au plus tard dans **le mois** suivant la date de début de la suspension du contrat de travail.

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

1) Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet au plus tôt le premier jour de la suspension du contrat de travail et au plus tard, le premier jour du mois suivant la demande.

2) Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse au plus tard :

- à la date de fin de la suspension de votre contrat de travail ;
- à l'issue de la procédure en cas de **non-paiement des cotisations, telle que prévue au paragraphe 3 « Cotisations »** ci-après ;
- à la date de **résiliation de votre adhésion individuelle opérée par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée** à l'organisme assureur **au moins deux mois avant l'échéance annuelle, étant précisé que cette résiliation est définitive tant pour vous-même que pour vos ayants droit** ;
- à la date de liquidation de votre pension retraite de la Sécurité sociale, sauf si vous êtes dans le cadre du cumul emploi retraite prévu par la législation en vigueur ;

- à la date de rupture de votre contrat de travail (correspondant au terme du **contrat de travail, préavis effectué ou non**), **sauf pour les anciens salariés démissionnaires répondant aux critères définis en annexe I-D et dans les conditions décrites en annexe I-D de la présente Notice ;**

- à la date de la résiliation du **Contrat souscrit par votre employeur ;**

- **et, en tout état de cause, à la date de votre décès.**

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

3) Cotisations

Modalités de paiement des cotisations

Vos cotisations sont appelées sur les mêmes bases (structure et montant) que celles appliquées pour les salariés en activité, étant précisé qu'**elles sont entièrement à votre charge.**

En raison de l'absence de rémunération par votre employeur, l'appel de cotisation sera effectué sur les mêmes bases que celui précédant la suspension de votre contrat de travail.

Les cotisations sont payables mensuellement d'avance, par prélèvement sur votre compte bancaire par l'organisme assureur gestionnaire.

Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, le Membre participant qui ne paie pas sa cotisation peut être exclu, ainsi que ses ayants droit.

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, le Membre participant est informé qu'à l'expiration du délai précité, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au Contrat collectif.

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.

B - RETRAITÉS, ANCIENS SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES D'UNE RENTE D'INCAPACITÉ, D'INVALIDITÉ OU D'UN REVENU DE REMPLACEMENT ET AYANTS DROIT D'UN MEMBRE PARTICIPANT DÉCÉDÉ

En vertu des dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi « Evin »), vos garanties peuvent être maintenues, sans condition de durée, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit des populations énoncées au paragraphe II-C « Maintien des garanties » de la présente Notice, à savoir :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, ou s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement (allocation chômage) ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les personnes garanties du chef du Membre participant décédé, à titre gracieux, pendant une **durée maximale de douze mois** à compter du décès du Membre participant.

1) Prise d'effet des garanties

La demande de maintien doit être adressée à l'organisme assureur dans les **six mois** suivant la rupture de votre contrat de travail ou suivant votre décès, pour vos ayants droit.

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

Les garanties prennent effet :

- **si vous êtes 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 votre radiation du régime des actifs et au plus tard, le lendemain de votre demande ;
- **si vous êtes un retraité ou un préretraité**

ayant été affilié au régime en **tant qu'actif** : au plus tôt, le lendemain de votre radiation du régime des actifs et au plus tard, le lendemain de votre demande ;

- **pour votre (vos) ayant(s) droit** : au plus tôt, le lendemain de votre décès et au plus tard, le lendemain de la demande.

2) Cessation du maintien des garanties

Pour les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité, d'invalidité ou d'un revenu de remplacement :

Le maintien des garanties cesse au plus tard :

- à la date à laquelle vous reprenez **une activité professionnelle à temps partiel ou à temps complet** ;
- à l'issue de la procédure en cas de non paiement des cotisations, telle que prévue au paragraphe **3 « Cotisations » ci-après** ;
- à la date de **résiliation de votre adhésion individuelle opérée par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'organisme assureur au moins deux mois avant la fin de l'année civile, étant précisé que cette résiliation est définitive tant pour vous-même que pour vos ayants droit** ;
- **et, en tout état de cause, au jour de votre décès ou de celui de votre (vos) ayant (s) droit.**

Pour les ayants droit d'un Membre participant décédé :

Le maintien des garanties cesse :

- à l'issue de la période de douze mois maintenue à titre gratuit, à compter du décès de l'assuré, sous réserve d'en avoir fait la demande dans les **six mois suivant le décès**.
- à l'issue de la procédure en cas de non-paiement des cotisations, telle que **prévue au paragraphe 4 ci-après**,
- à la date de résiliation de l'adhésion individuelle par l'ayant droit du **Membre participant** décédé, opérée par lettre recommandée avec avis de réception, adressée à l'organisme assureur au moins deux mois avant la fin de l'année **civile, étant précisé que cette résiliation est définitive**,
- **et, en tout état de cause, au décès de(s) ayant(s) droit du Membre participant décédé.**

Seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date des soins figurant sur les décomptes

de Sécurité sociale est antérieure à la date d'effet de la cessation des garanties, pourront être pris en charge.

3) Cotisations

Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations applicables aux anciens salariés sont intégralement à leur charge.

Elles sont payables par les assurés mensuellement d'avance, par prélèvement sur leur compte bancaire directement par l'organisme assureur gestionnaire.

Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation peut être exclu, ainsi que ses ayants droit.

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, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai précité, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au Contrat collectif.

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.

C – SALARIÉS PRIVÉS D'EMPLOI ET INDEMNISÉS PAR PÔLE EMPLOI

En application de l'acte juridique instituant le régime frais de santé et conformément à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale , les anciens salariés du Souscripteur bénéficient du maintien des garanties définies au présent contrat, dans les conditions ci-après décrites, en cas de cessation de leur contrat de travail

ouvrant droit à prise en charge par le régime d'Assurance chômage.

1) Définition des bénéficiaires du dispositif

Peuvent bénéficier du maintien des garanties définies au présent Contrat, les anciens salariés 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.

Les ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties du contrat à la date de la cessation du contrat de travail du Membre participant, bénéficient du maintien de leurs garanties dans les mêmes conditions.

2) Obligations des parties

a) Obligations des anciens salariés

Les anciens salariés doivent justifier auprès de l'organisme assureur gestionnaire dont ils relèvent, 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.

b) Obligations du Souscripteur

Le Souscripteur doit remettre à chacun des anciens salariés une Notice d'information établie par MUTEX sur délégation des organismes assureurs.

La preuve de la remise de cette Notice ainsi que de ses modifications, incombe au Souscripteur.

Par ailleurs, il doit remplir, vis-à-vis de l'organisme assureur gestionnaire dont il relève, le cas échéant, 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 à temps plein ou partiel, liquidation de la pension de retraite de base, notamment) ou dès lors que le salarié n'apporte plus la preuve de bénéficier de cette indemnisation ;
- en cas et à la date d'effet de la résiliation du 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 pour la catégorie de salariés actifs à laquelle appartenaient les anciens salariés avant la rupture de leur contrat de travail.

5) Modifications contractuelles

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (modification du niveau des prestations, des cotisations, des conditions de règlement, 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) Articulation entre les modalités de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale et celles de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (« loi Evin »)

Les anciens salariés visés à l'article 4 de la loi n°89-1009 précité qui sont privés d'emploi et bénéficiaires d'un revenu de remplacement, peuvent bénéficier du maintien de leurs garanties dans les conditions prévues à l'Annexe du présent contrat, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien des garanties au titre de la portabilité, en application de L 911-8 du code de la Sécurité sociale.

ANNEXE II - LES RENFORTS

MODULES OPTIONNELS			
Désignation des actes	En complément du régime de base		
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE *	H1	H2	H3
Honoraires, frais de séjour et frais de salle d'opération (y compris maternité, séjours en maison de repos, maisons d'enfants à caractère sanitaire, maisons de cures thermales pour enfants), à l'exclusion des frais relatifs au placement en long séjour ou en cure médicale - OPTAM & OPTAM CO (1)	100 % de la BR	180 % de la BR	180 % de la BR
Honoraires, frais de séjour et frais de salle d'opération (y compris maternité, séjours en maison de repos, maisons d'enfants à caractère sanitaire, maisons de cures thermales pour enfants), à l'exclusion des frais relatifs au placement en long séjour ou en cure médicale - non OPTAM (1)	80 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Chambre particulière	Forfait égal à 0,70 % du PMSS par jour d'hospitalisation		Forfait égal à 1,70 % du PMSS par jour d'hospitalisation
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 15 ans (sur facture établie par l'établissement hospitalier)	Forfait égal à 0,70 % du PMSS par jour d'hospitalisation		Forfait égal à 1,70 % du PMSS par jour d'hospitalisation
MEDECINE AMBULATOIRE	M1	M2	
Consultations et visites médicales (dépassement d'honoraires) - OPTAM (1)	70 % de la BR	100 % de la BR	
Consultations et visites médicales (dépassement d'honoraires) - non OPTAM (1)	50 % de la BR	80 % de la BR	
Consultations et visites médicales auxiliaires médicaux, analyses, examens de laboratoire, électroradiologie et radiothérapie (y compris ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale), actes de petite chirurgie, actes de spécialités (dépassement d'honoraires) - OPTAM (1)		100 % de la BR	
Consultations et visites médicales auxiliaires médicaux, analyses, examens de laboratoire, électroradiologie et radiothérapie (y compris ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale), actes de petite chirurgie, actes de spécialités (dépassement d'honoraires) - non OPTAM (1)		80 % de la BR	
Orthopédie et prothèses médicales remboursées par la Sécurité sociale (petit et grand appareillage) et prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale		100 % de la BR	
OPTIQUE	O1	O2	
Verres, montures et lentilles (par an et par bénéficiaire)	Régime de base + 30%	Régime de base + 50%	
DENTAIRE	D1	D2	
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	60 % du Remboursement de la Sécurité sociale	130 % du Remboursement de la Sécurité sociale	

* Y compris maternité, séjours en maison de repos

(1) OPTAM / OPTAM CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnées à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO.

ANNEXE III - ATTESTATION DE RECEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

IMPORTANT

Document à remplir, signer
et à remettre à votre employeur

PARTIE A RENSEIGNER PAR LE SALARIÉ :

Je soussigné (e),.....

reconnais avoir reçu une Notice d'information sur le contrat de protection sociale complémentaire
au régime conventionnel de base Frais de Santé souscrit par mon employeur :

.....

À le

Signature :



Société Anonyme 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

MUTEX agit en tant qu'interlocuteur unique et coordinateur, mandatée par les organismes
assureurs énoncés en Préambule de la présente Notice d'information.