

**NOTICE D'INFORMATION
REGIME CONVENTIONNEL FRAIS DE SANTE**

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DU SPORT DU 7 JUILLET 2005**

IDCC n°2511



Sommaire

SOMMAIRE	2
PREAMBULE	3
OBJET DU CONTRAT	6
BENEFICIAIRES DU CONTRAT	7
COTISATIONS.....	15
GARANTIES	17
REMBOURSEMENTS.....	20
QUELLES SONT LES FORMALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS ?	20
QUELLES SONT LES DELAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS ?	20
INFORMATIONS PRATIQUES	22
ANNEXES.....	25

PREAMBULE

Par l'accord du 06/11/2015, les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale (CCN) du Sport du 7 juillet 2005 ont instauré un régime Frais de santé au bénéfice de l'ensemble des salariés des entreprises relevant de cette branche.

La présente Notice d'information précise les modalités de mise en œuvre du régime dont vous bénéficiez en application du Contrat souscrit par votre Employeur.

Par ailleurs, soucieux d'assurer une mutualisation du régime et un niveau élevé de garanties, les partenaires sociaux de la branche du Sport ont procédé à la labellisation de plusieurs Organismes assureurs qui se sont engagés à appliquer un tarif unique et à offrir des garanties identiques pour toutes les entreprises et pour tous les Salariés bénéficiaires de la branche.

Les garanties et tarifs ont été revus dans le cadre de l'avenant n°2 du 10 septembre 2019 à l'accord précité du 6 novembre 2015, afin d'intégrer la réforme dite du « 100% Santé ».

Ces Organismes assureurs sont :

→ UMANENS :

Union de Groupe Mutualiste régie par le Code de la Mutualité et soumise au livre I, SIREN n° 800 533 499, Siège social : 40 bd Richard Lenoir – 75011 PARIS composée de :

- **LA MUTUELLE FAMILIALE**, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 784 442 915, Siège social : 52 rue d'Hauteville -75010 PARIS, Assureur, gestionnaire et distributeur

- **IDENTITÉS MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 379 655 541, Siège social : 24, boulevard de Courcelles -75017 PARIS, assureur et distributeur

- **UMG MUTUALIA**, union de mutuelles du livre I du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 823 416 359, dont le siège social est situé à 19, rue de Paris - 93013 BOBIGNY CEDEX, assureur et distributeur

Ces organismes sont co-Assureurs entre eux dans le cadre d'UMANENS. Ils confient la coordination du dispositif et l'interlocution à UMANENS. L'affectation d'une entreprise à un organisme assureur est faite en fonction de règles de territorialité et de distribution déterminées au sein d'UMANENS.

→ AG2R PREVOYANCE :

AG2R Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE, dont le numéro de SIREN est le 333 232 270, dont le siège social est le 104-110 boulevard Haussmann 75008 PARIS – Membre du GIE AG2R.

→ LE GROUPEMENT DE CO ASSURANCE AESIO / MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE :

- **GROUPE AESIO,**

Siège social : 25 place de la Madeleine - 75008 PARIS

Union Mutualiste de Groupe soumise aux dispositions du livre I du Code de la Mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°821 965 241 dont Adréa Mutuelle, Apréva Mutuelle et Eovi-mcd Mutuelle sont membres. Enregistrée à l'ORIAS en tant que mandataire d'assurance sous le n°16006968. Informations disponibles sur www.orias.fr

- **ADREA MUTUELLE**, Mutuelle membre du groupe Aésio, soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Immatriculée sous le n° 311 799 878 - Siège social : 25 place de la Madeleine - 75008 PARIS
- **APREVA MUTUELLE**, Mutuelle membre du groupe Aésio, soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité - Immatriculée sous le n° 775 627 391 - Siège social : 30 avenue Denis Cordonnier - 59000 LILLE
- **EOVI MCD MUTUELLE**, Mutuelle membre du groupe Aésio , soumise aux

dispositions du livre II du code de la Mutualité - Immatriculée sous le n° 317 442 176 - Siège social: 173 rue de Bercy - CS 31802 - 75584 PARIS Cedex 12

- **MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE**

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité sociale. N° SIREN 775 691 181 dont le siège est situé 21 rue Laffitte, 75009 PARIS.

Institution de prévoyance du groupe Malakoff Humanis - 21 rue Laffitte 75009 PARIS.

Ces organismes sont co-assureurs entre eux dans le cadre du groupement de co-assurance. Ils confient la coordination du dispositif et l'interlocution au Groupe AESIO pour le compte du groupement de coassurance ainsi constitué.

→ **LE GROUPEMENT DE CO ASSURANCE MUTUALISTE COMPOSE DE :**

- **HARMONIE MUTUELLE**

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473 – Siège social : 143 rue Blomet, 75015 PARIS, numéro LEI : 969500JLU5ZH89G4TD57

- **MGEN**

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 685 399 – Siège social : 3 square Max Hymans – 75748 PARIS CEDEX 15 numéro LEI : 9695002XFDDIA8FN1325

Ces mutuelles sont co-assureurs entre elles dans le cadre du groupement de co-assurance. Elles confient la coordination du dispositif et l'interlocution au Groupe VYV pour le compte du groupement de coassurance ainsi constitué.

Groupe VYV, Union mutualiste de Groupe soumise aux dispositions du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le n° SIREN 532 661 832 et à l'ORIAS sous le n° 18001564 – Siège social : 33 avenue du Maine. BP25 -75755 PARIS Cedex 15.

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

Les résultats de l'ensemble des contrats souscrits par les entreprises de la branche font l'objet d'une mutualisation dans le cadre du Protocole Technique et Financier qui précise les modalités d'établissement des comptes de cette mutualisation.

ATTESTATION DE RECEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

Important : ce document est à compléter et à signer par le salarié puis à remettre à l'employeur. Il doit être conservé par l'employeur sans limite de durée et être remplacé à chaque remise d'une nouvelle Notice d'Information constatant des modifications contractuelles.

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

reconnais avoir reçu la Notice d'information relative au régime Frais de santé souscrit par mon employeur en application de la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005.

À :

Le :

Signature

Objet du contrat

Le Contrat Frais de santé souscrit par votre Employeur est un contrat collectif à adhésion obligatoire, présentant également des garanties à adhésion facultative. Les garanties prévues par ce Contrat interviennent en complément des prestations Frais de santé qui vous sont versées par un Organisme d'Assurance maladie.

Il se décline en :

- Une Base, correspondant au régime conventionnel obligatoire « R1 »
- Une Option « R2 »
- Une Option « R3 »

Votre Employeur met en place de manière obligatoire, a minima le régime conventionnel obligatoire « R1 », éventuellement complété par l'option « R2 » ou l'option « R3 ».

Si les options n'ont pas été mises en place à titre obligatoire par votre Employeur, vous aurez la possibilité d'y souscrire de manière facultative selon les modalités prévues au paragraphe « Affiliation au Contrat et ses modalités ».

Bénéficiaires du Contrat

Qui peut bénéficier du contrat ?

a. Vous, en tant que Salarié

Le Contrat bénéficie à l'ensemble des salariés inscrits aux effectifs de l'entreprise souscriptrice. En qualité de salarié, vous êtes seul couvert à titre obligatoire par votre Employeur.

Les salariés ne souhaitant pas être couverts pourront, le cas échéant, se prévaloir de l'une des dispenses prévues par l'accord du 06 novembre 2015 à la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005 et par l'article D. 911-2 du Code de la Sécurité sociale.

Vous ne pouvez bénéficier d'une dispense d'affiliation que si vous en faites la demande expresse auprès de votre Employeur en lui produisant, le cas échéant, toute pièce permettant de justifier que votre situation correspond à l'un des cas de dispense d'affiliation définis dans la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005 ou à l'article D. 911-2 du Code de la Sécurité sociale.

En tout état de cause, vous êtes tenu de cotiser au régime conventionnel dès que vous cessez de vous trouver dans l'une des situations de dispense susvisées ou en l'absence de justificatifs.

Vous devez alors en informer sans délai votre employeur.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter leur employeur, par écrit, l'adhésion à la couverture du régime conventionnel obligatoire.

b. Vos ayants droit

Si vous souhaitez couvrir vos ayants droit, vous pouvez le faire à titre facultatif.

Seuls les ayants droit mentionnés sur le Bulletin Individuel d'Affiliation ou sur la Déclaration d'Affiliation » (Cf. Conditions Générales) sont bénéficiaires des garanties.

Vos ayants droit bénéficieront obligatoirement du même niveau de couverture que vous.

On entend par ayant droit :

- Le conjoint non divorcé ni séparé de corps judiciairement du salarié. Est assimilé au conjoint :
 - ✓ la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
 - ✓ le concubin sous réserve de la fourniture au choix : d'un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut d'un justificatif de domicile commun ou d'une attestation sur l'honneur.
- Les enfants du salarié ou ceux de son conjoint, de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou ceux de son concubin, à charge fiscale et/ou sociale :
 - jusqu'à 18 ans sans conditions ;
 - jusqu'à 27 ans sous réserve de poursuite d'études secondaires ou supérieures, ou en formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation) ou inscrits à l'Assurance chômage non indemnisés ;
 - les enfants, quel que soit leur âge, qui sont infirmes ou atteints d'une maladie chronique et titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'Action sociale et des familles, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (Allocation d'Enfant Handicapé ou Allocation d'Adulte Handicapé).

Les pièces justifiant de la qualité d'ayants droit doivent être obligatoirement fournies lorsque vous demandez leur affiliation.

Affiliation au Contrat et modalités

c. Affiliation aux garanties souscrites par votre Employeur

Les prestations sont dues au titre des actes, soins et séjour en hospitalisation intervenus au cours de la période durant laquelle vous êtes affilié, dans la limite des frais réellement engagés.

→ **Votre affiliation à titre obligatoire**

Quelles sont les formalités d'affiliation ?

Votre affiliation aux garanties souscrites par votre Employeur est formalisée par la signature d'un Bulletin Individuel d'Affiliation papier ou électronique (avec signature ou signature électronique).

Quand votre affiliation prend-elle effet ?

Elle prend effet :

- à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion de votre Employeur au présent Contrat ;
- à compter de votre date d'entrée dans les effectifs de l'Employeur, si vous êtes embauché postérieurement à la date d'effet de l'adhésion de votre Employeur au Contrat ;
- à compter de la date à laquelle vous ne bénéficiez plus d'une dispense d'affiliation :
 - à la date à laquelle vous ne remplissez plus les conditions ouvrant droit au bénéfice de l'une des dispenses d'affiliation ;
 - à la date à laquelle vous souhaitez renoncer à votre dispense d'affiliation, à condition d'en faire la demande par écrit à votre Employeur

→ **Affiliation de vos ayants droit à titre facultatif**

Quelles sont les modalités d'affiliation de vos ayants droit ?

Si vous souhaitez couvrir vos ayants droit à titre facultatif, vous pouvez le faire au moyen d'un Bulletin Individuel d'Affiliation. Vos ayants droit bénéficieront des mêmes garanties que celles dont vous bénéficiez.

Quand l'affiliation de vos ayants droit prend-elle effet ?

L'affiliation de vos ayants droit prend effet :

- à la date de prise d'effet de votre affiliation au Contrat si la demande se fait simultanément ;
- au 1er jour du mois qui suit la réception d'un Bulletin Individuel d'Affiliation si la demande se fait ultérieurement ;
- à la date de survenance de l'événement (mariage, concubinage, PACS, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint ou partenaire de PACS ou concubin auquel sont rattachés les enfants à charge) dûment déclaré à l'Organisme assureur.

L'affiliation de vos ayants droit à titre facultatif vous engage pour une durée minimale d'une année civile, sous réserve des cas de cessation anticipée prévus ci-dessous

Quand l'affiliation de vos ayants droit prend-elle fin ?

Vous pouvez dénoncer chaque année l'affiliation de vos ayants droit par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressés à l'Organisme assureur, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La dénonciation prend effet à compter du 1er janvier de l'année suivante.

A compter de l'entrée en vigueur de la loi n° 2019-733 du 14/07/2019 et au plus tard au 01/12/2020, la dénonciation de l'affiliation des ayants droit, peut être exercée à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de son affiliation. La dénonciation prend effet un mois après que l'Organisme assureur ou le Gestionnaire en ait reçu notification, et dans les conditions du texte réglementaire d'application à venir.

Si votre ayant droit vient à bénéficier, par ailleurs, d'une couverture à titre obligatoire, vous pourrez

demander à tout moment la dénonciation de la couverture facultative de celui-ci, sous réserve de la production d'un justificatif actant de l'affiliation de votre ayant droit à un régime obligatoire, datant de moins de 3 mois.

La dénonciation prend effet à compter du premier jour du mois suivant la réception de la demande de dénonciation.

La dénonciation de l'affiliation de vos ayants droit prend effet à compter du premier jour du mois suivant la réception de votre demande par l'Organisme assureur.

En tout état de cause, l'affiliation de votre ayant droit cesse à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions posées ci-dessus.

d. Affiliation facultative aux garanties optionnelles

Quelles sont les modalités d'affiliation aux garanties optionnelles ?

Vous avez la possibilité d'améliorer pour vous-même et pour vos ayants droit, le niveau de garanties choisi par votre Employeur en demandant votre affiliation à titre facultatif à une garantie optionnelle.

Le choix d'option que vous retiendrez pour vous-même, s'imposera d'office à vos ayants droit si vous avez choisi de les couvrir de manière facultative.

L'affiliation aux garanties facultatives s'effectue au moyen du Bulletin Individuel d'Affiliation.

Quand l'affiliation aux garanties optionnelles prend-elle effet ?

L'affiliation aux garanties optionnelles prend effet :

- à la date de prise d'effet de votre affiliation à titre obligatoire au présent Contrat, si la demande se fait simultanément ;
- au 1er jour du mois civil qui suit la réception du Bulletin Individuel d'Affiliation, si la demande se fait ultérieurement.

Peut-on modifier l'option choisie ?

Selon l'option souscrite à titre obligatoire par l'Employeur, le Salarié pourra modifier chaque année l'option choisie pour lui et ses ayants droit, par demande écrite ou envoi recommandé électronique (Bulletin Individuel d'Affiliation / Déclaration d'Affiliation ou Bulletin de Changement de Situation, papier ou électronique, avec signature ou signature électronique), adressé à l'organisme Assureur ou à l'organisme Gestionnaire, selon les modalités prévues ci-dessous :

- option pour une garantie d'un niveau supérieur à celle souscrite : la demande prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande par l'Organisme assureur ou le Gestionnaire. Après 12 mois calendaires il sera à nouveau possible d'opter pour une option d'un niveau supérieur, en fonction du régime obligatoire choisi par l'employeur.
- option pour une garantie d'un niveau inférieur à celle souscrite précédemment : l'option pour une garantie d'un niveau inférieur ne peut intervenir qu'après 24 mois, postérieurement à la souscription de l'option en cours.

A compter de l'entrée en vigueur de la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 et au plus tard au 1^{er} décembre 2020, la modification par le salarié d'une garantie optionnelle souscrite, peut être exercée à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de sa souscription. La modification prend effet un mois après que le Gestionnaire en ait reçu notification, et dans les conditions du texte réglementaire d'application à venir.

Peut-on dénoncer l'option choisie ?

Vous pouvez dénoncer chaque année l'option souscrite, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressés à l'Organisme assureur, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La dénonciation prend effet à compter du 1er janvier de l'année suivante.

A compter de l'entrée en vigueur de la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 et au plus tard au 1^{er} décembre 2020, la dénonciation par le salarié de la garantie optionnelle souscrite, peut être exercée à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de son affiliation. La dénonciation prend

effet un mois après que l'Organisme assureur ou le Gestionnaire en ait reçu notification, et dans les conditions du texte réglementaire d'application à venir.

En cas de dénonciation, toute nouvelle demande de souscription à une option ne peut intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai de 2 ans.

DROIT DE RENONCIATION AUX GARANTIES OPTIONNELLES EN CAS D'ADHESION A DISTANCE OU PAR VOIE DE DEMARCHAGE

Conformément aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la Mutualité et aux articles L. 932-15-1 et L. 932-15-2 du Code de la sécurité sociale, en cas d'affiliation à distance ou faisant suite à du démarchage, le salarié qui souscrit des garanties facultatives dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet. Cette renonciation doit être effectuée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception, daté et signé, envoyé à l'Organisme assureur ou au gestionnaire du contrat dont les coordonnées figurent en annexe 2.

Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle ci-après : « Par le présent envoi recommandé avec accusé de réception, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse, n° adhérent] déclare renoncer à mon option/la couverture de mon(mes) ayant(s) droit [nom(s), prénom(s)] dans le cadre du contrat [référence de la garantie], souscrit le [date] à [lieu]. Date et signature ».

En cas d'exercice de la faculté de renonciation, l'adhésion à la garantie facultative est annulée. Le salarié ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru. L'Organisme assureur ou le gestionnaire restitue le solde de la cotisation au plus tard 30 jours après la réception de la lettre de renonciation. Le droit de renonciation ne peut plus être exercé dès lors que salarié a bénéficié des garanties du contrat.

e. Cessation de l'affiliation

Votre affiliation au Contrat cesse :

- à la date de liquidation de votre pension de retraite auprès de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, sauf en cas de 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, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité et de l'article 4 de la loi Evin telles qu'elles sont prévues dans la présente Notice d'information ;
- à la date de votre décès ;
- pour vos ayants droit, dès lors qu'ils ne répondent plus à la définition fixée dans la présente Notice d'information ;
- en tout état de cause, à la date de résiliation du Contrat par l'Organisme assureur ou par votre Employeur.

En cas d'affiliation à titre facultatif de vos ayants droit et/ou à une garantie optionnelle, vous pouvez dénoncer votre affiliation et celle de vos ayants droit en cas de modification apportée à vos droits et obligations et qu'une nouvelle Notice d'Information ou un additif est établi par l'Organisme assureur. La dénonciation doit être adressée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception adressés dans le délai d'un mois suivant la réception de la notice d'information ou de l'additif à la notice d'information par votre Employeur.

La cessation de l'affiliation entraîne la cessation des garanties mises en œuvre à votre bénéfice et à la même date, la cessation de l'affiliation de vos éventuels ayants droit ainsi que la cessation des garanties optionnelles que vous auriez éventuellement souscrites.

Seuls les actes réalisés jusqu'à la date de cessation de l'affiliation sont pris en charge par l'Organisme assureur.

En cas de cessation de votre affiliation due à la cessation de votre contrat de travail, pour quelque motif que ce soit, votre Employeur sera tenu d'en informer l'Organisme assureur.

f. Vos obligations

En cas de modification de votre situation personnelle ayant des conséquences sur votre affiliation à titre obligatoire au présent régime ou en cas de demande d'ouverture, de modification ou de résiliation des garanties facultatives (couverture des ayants droit ou souscription/modification des options), vous êtes tenu de vous adresser directement auprès de l'Organisme assureur.

Maintien des garanties

En cas de cessation de votre contrat de travail, qu'advient-il de votre couverture Frais de santé ?

a. Portabilité des droits : salariés indemnisés par Pôle emploi

En application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, en cas de cessation de votre contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, vous et vos ayants droit bénéficiez du maintien temporaire de la couverture prévue par le Contrat.

Durant la période de maintien, vous bénéficiez des mêmes garanties que celles en vigueur dans l'entreprise.

Toutes modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité, durant la période de maintien des droits, seront opposables aux bénéficiaires de la portabilité.

• **Prise d'effet et durée**

Le maintien de garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail.

La durée de ce maintien est égale à la période d'indemnisation par Pôle emploi, 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.

• **Conditions d'indemnisation**

Le maintien de garanties est subordonné aux conditions suivantes :

- que vous ayez ouvert vos droits à remboursements complémentaires lorsque vous étiez en activité auprès de l'Employeur ;
- que vous justifiiez auprès de l'Organisme assureur de votre indemnisation chômage selon les modalités prévues par ledit Organisme assureur.

L'Organisme assureur se réserve le droit, avant tout versement de prestation, de demander les justificatifs d'affiliation à l'assurance chômage et de perception des indemnités de chômage.

En cas d'absence d'envoi du justificatif, l'organisme assureur se réserve le droit de suspendre le versement des prestations jusqu'à production de celui-ci.

En cas de constatation d'absence ou de perte de la qualité de ressortissant de l'assurance chômage, l'organisme assureur sera fondé à refuser le versement de la prestation demandée ou à en demander le remboursement si des prestations ont déjà été versées.

• **Formalités**

Pour bénéficier du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, vous devez remplir et signer un document de maintien des garanties.

Ce document sera transmis à l'Organisme assureur par votre Employeur avant la date de cessation de votre contrat de travail.

Ce document permet à l'Employeur de nous informer de la cessation de votre contrat de travail ouvrant droit au maintien des garanties et d'indiquer sa durée maximale.

• **Financement**

Le mécanisme de portabilité est financé par la mutualisation.

Par conséquent, aucune contrepartie de cotisation ne vous sera demandée durant la période de maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité.

- **Cessation des garanties :**

Les garanties cessent obligatoirement :

- lorsque vous cessez de percevoir les allocations du régime d'assurance chômage et, au plus tard, au terme de la période de maintien des garanties prévue à l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale,
- en tout état de cause à l'issue de la durée maximale du droit à maintien auquel l'ancien salarié a pu prétendre, et au plus tard au terme du délai de 12 mois de maintien,
- au jour de votre décès,
- en cas et à la date de résiliation du contrat souscrit par votre Employeur.

b. Maintien des garanties à titre individuel : au titre de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi EVIN, vous pouvez bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien de la couverture prévue par le Contrat, sans condition de période probatoire ni d'examens ou de questionnaires médicaux.

Sont admis au bénéfice de ce dispositif :

- les anciens Salariés obtenant la liquidation de leur pension de vieillesse de la Sécurité sociale, à condition d'avoir été affiliés au présent 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 temporaire des garanties au titre de la portabilité ;
- les personnes garanties du chef du Salarié décédé, pendant une durée de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès du Salarié.

Le dépassement des délais ci-dessus mentionnés entraîne la forclusion définitive de la demande. Les garanties prennent effet le lendemain de la demande.

La cotisation due au titre du maintien des garanties de l'article 4 de la loi Evin sera intégralement à la charge de l'ancien Salarié et majorée dans les conditions réglementaires.

L'Organisme assureur du contrat collectif obligatoire mis en place par l'Employeur adresse une proposition de contrat aux intéressés dans les deux mois suivant leur radiation du contrat collectif, sous réserve que l'Employeur l'ait informé de l'évènement ouvrant droit au bénéfice du dispositif « Loi Evin ».

L'ancien salarié ou ses ayants-droit ont la possibilité de résilier leur couverture chaque année à son échéance annuelle (31 décembre), en envoyant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique à cet effet à l'organisme assureur au moins deux mois avant cette échéance (soit le 31 octobre au plus tard).

Le maintien cesse :

- **en cas de non-paiement des cotisations,**
- **en cas de résiliation de la couverture par le Salarié ou ses ayants-droit,**
- **à la date du décès du Salarié pour ses ayants-droit. La cotisation due est calculée au prorata du nombre de jours couverts avant le décès.**

Un salarié dont le contrat de travail est suspendu peut-il conserver le bénéfice de la couverture Frais de santé ?

c. Suspension du contrat de travail indemnisée

Les garanties mises en place sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui bénéficient d'une indemnisation complémentaire.

Les périodes de suspension du contrat de travail visées sont notamment celles liées à la maladie, à la maternité ou aux accidents du travail, dès lors qu'elles sont indemnisées.

En particulier, le bénéfice des garanties mises en place par l'employeur doit être maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

L'Employeur verse la même contribution que pour les Salariés actifs durant toute la période de suspension de votre contrat de travail. Parallèlement, vous devez obligatoirement continuer à acquitter votre propre part de cotisation.

Ce maintien dans les conditions visées ci-dessus est également applicable à vos ayants droit, dans le cadre de leur couverture à titre facultatif.

Vous devez, le cas échéant, acquitter l'intégralité de la ou des cotisations afférentes au paiement des garanties facultatives.

d. Suspension du contrat de travail non indemnisée

Dans les autres cas de suspension de votre contrat de travail ne donnant pas lieu à rémunération ou indemnisation (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé de soutien familial, congé de solidarité familiale, etc.), vous ne pourrez pas bénéficier du maintien du Contrat.

La suspension intervient à la date de la cessation de votre activité professionnelle dans l'entreprise et s'achève dès la reprise effective de votre contrat de travail au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Organisme assureur en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise.

A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'Organisme assureur de la déclaration faite par l'Employeur.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due par votre Employeur. Les frais médicaux engagés par vous-même ou, le cas échéant, vos ayants droit, durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du Contrat.

Si vous le souhaitez, vous pourrez toutefois continuer à bénéficier des garanties prévues dans le cadre du Contrat durant cette période de suspension de votre contrat de travail, sous réserve de vous acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

Le montant de la cotisation, dans ce cas, est identique à celle prévue pour les salariés actifs. Elle suivra les mêmes évolutions le cas échéant.

Vous réglez directement la cotisation afférente aux garanties précitées auprès de l'Organisme assureur.

Cotisations

Quel est le montant des cotisations ?

Le financement des garanties du Contrat est assuré par le versement de cotisations exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour de leur exigibilité.

Les taux des cotisations des garanties optionnelles et facultatives souscrites sont indiqués au Bulletin Individuel d’Affiliation.

Concernant les garanties optionnelles « R2 » et « R3 », les taux de cotisations pourront être révisés annuellement en fonction des résultats techniques du régime.

Quelles sont les modalités de paiement des cotisations ?

a. Garanties souscrites à titre obligatoire par l’Employeur

Les garanties obligatoires sont mises en œuvre en contrepartie d’une cotisation « salarié isolé ».

L’accord du 06 novembre 2015 de la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005 prévoit que cette cotisation est cofinancée a minima à hauteur de 50 % par l’employeur. Le montant des cotisations « part salariale » et « part employeur » figure sur votre bulletin de salaire.

Votre employeur est le seul débiteur des cotisations

b. Garanties optionnelles et couverture facultative de vos ayants droit

La couverture facultative de vos ayants droit est entièrement à votre charge en contrepartie du paiement :

- d’une cotisation « conjoint » pour votre conjoint tel que défini dans la présente Notice d’Information (cotisation additionnelle facultative)
- et « enfant » pour vos enfants tels que définis dans la présente Notice d’Information (cotisation additionnelle facultative par enfant, gratuité à compter du 3^{ème} enfant).

Cette cotisation est directement prélevée mensuellement d’avance sur votre compte bancaire dans les quinze premiers jours de chaque mois civil, ou selon les modalités spécifiques prévues sur la Demande d’Adhésion complétée par votre Employeur.

La cotisation additionnelle servant au financement des garanties optionnelles que vous aurez choisies en option pour vous-même et vos éventuels ayants droit est également entièrement à votre charge.

Cette cotisation est directement prélevée mensuellement d’avance sur votre compte bancaire dans les quinze premiers jours de chaque mois civil, ou selon les modalités spécifiques prévues sur la Demande d’Adhésion complétée par votre Employeur.

Quelles sont les conséquences du non-paiement des cotisations ?

Dans le cadre des garanties facultatives que vous pourriez souscrire (couverture de vos ayants droit ; garanties optionnelles), en cas de non-paiement des cotisations dans les 10 jours après l’échéance, l’Organisme assureur vous envoie, en application des articles L. 221-8 du Code de la mutualité, et L. 932-22 du Code de la Sécurité, une mise en demeure, par voie de lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette lettre vous informe notamment que ce défaut de paiement est susceptible d’entraîner la suspension puis la résiliation de la garantie souscrite à titre facultatif.

Cette mise en demeure, non suivie d’effet dans les 30 jours, engendre la suspension des garanties.

Les garanties pourront alors être résiliées 10 jours après la suspension, soit 40 jours après l’envoi de la mise en demeure, comme le prévoient les articles L. 221-7 & L221-8 du Code de la Mutualité, et L.932-22 du Code de la Sécurité sociale. En cas de fractionnement de la cotisation annuelle, la suspension de la garantie intervenant en cas de non-paiement d’une des fractions de cotisation, ne produit ses effets qu’à l’expiration de la période dûment réglée.

A défaut de paiement des cotisations finançant les garanties collectives facultatives dans les dix jours suivant l’échéance, l’Organisme assureur pourra appliquer des majorations de retard. Ces majorations

de retard seront exclusivement à votre charge.

Garanties

Comment sont déterminées les garanties ?

Les niveaux de garanties sur lesquels porte l'engagement de l'Organisme assureur sont conformes à ceux négociés par les partenaires sociaux de la branche du Sport.

Ces garanties s'inscrivent dans le cadre :

- de la réglementation relative aux « contrats responsables », définie aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- des dispositions relatives au « panier de soins minimum » définies aux articles L. 911-7 et D. 911-1 du Code de la Sécurité sociale.
- du Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires,

En cas d'évolution de la législation en vigueur, le présent Contrat sera mis en conformité avec les nouvelles dispositions, en accord avec les partenaires sociaux et, en tout état de cause, au plus tard à la date d'effet requise par la réglementation, par voie d'avenant signé par les parties.

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

Quelles sont les modalités de calcul des garanties ?

a. Montants retenus

Les garanties prévues par le Contrat sont exprimées :

- en pourcentage de la Base de remboursement (« BR ») de l'Assurance Maladie obligatoire applicable au moment de la survenance de l'événement ;
- en pourcentage des Frais réels (« FR ») engagés par le Bénéficiaire ;

en forfait euros, c'est-à-dire sous forme d'un montant en euros.

b. Calcul des prestations en secteur non conventionné

Pour le calcul des prestations du secteur non conventionné, l'Organisme assureur calcule le montant des prestations par référence au tarif d'autorité appliqué par les Organismes d'Assurance maladie.

Le calcul de ces prestations telles qu'elles sont prévues par le tableau des garanties se fera donc sur la base du tarif d'autorité pour ces garanties.

c. Modalités spécifiques en cas de garanties de même nature contractées auprès d'un autre Organisme assureur

Si vous bénéficiez par ailleurs d'une couverture Frais de santé à titre individuel, vous avez la possibilité de faire intervenir l'organisme assureur de votre choix en premier niveau de remboursement complémentaire.

Il en va de même dans le cas où votre éventuel ayant droit bénéficierait par ailleurs d'une couverture Frais de santé à titre individuel ou au sein de son entreprise.

La contribution de chaque organisme assureur est déterminée en application des montants de remboursement établis dans le contrat, dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription.

Pour le deuxième niveau, vous, ou le cas échéant, votre ayant droit, devrez produire les justificatifs de remboursement de l'organisme assureur intervenu en premier niveau de remboursement complémentaire.

d. Principe indemnitaire

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,

le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge de l'assuré ou de l'adhérent, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais à la charge du Salarié ou, le cas échéant, de son ayant droit, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit

e. Exclusions

1. Exclusions relatives aux garanties responsables :

- la majoration du ticket modérateur sur les consultations effectuées hors parcours de soins,
- la modulation de participation applicable en cas de consultations dans et hors parcours de soins quand l'assuré n'autorise pas l'accès à son dossier médical partagé ou à le compléter,
- une franchise réglementaire sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques (consultations) et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins,
- la participation forfaitaire instaurée sur les actes médicaux,
- les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration de ce document s'appliqueront immédiatement afin de conserver aux garanties leur caractère responsable.

2. Autres exclusions :

Pendant la période de garantie, les exclusions et les limites de garantie ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues par les articles R.871-2 et D. 911-1 du Code de la Sécurité sociale.

Au-delà de ces prestations minimum, l'Organisme assureur ne prend pas en charge :

- les traitements esthétiques ou de cosmétologie, les cures et traitements de rajeunissement et de détente, lorsqu'ils ne sont pas pris en charge par le régime obligatoire,
- les frais d'hébergement en établissement gériatrique ou de long séjour, les séjours en ateliers thérapeutiques, en centre de rééducation professionnelle et dans les instituts et centres médicaux à caractère éducatif, psycho pédagogique et professionnels (dont les maisons d'accueil spécialisées – MAS),
- tous les soins engagés antérieurement à la date d'affiliation ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie.

Le contrat prévoit-il d'autres services ?

f. Fonds de solidarité

Conformément à l'accord du 06/11/2015 de la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005, un Fonds de solidarité est mis en place.

Une fraction de la cotisation est consacrée au financement de prestations à caractère non directement contributif proposées par ce Fonds de solidarité.

L'utilisation de cette contribution est conforme aux dispositions de l'accord du 06 novembre 2015 de la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005 et de l'avenant n°2 du 10 septembre 2019 et est contrôlée par la Commission Nationale Paritaire Santé.

Le Fonds de solidarité est mis en place en application des actions de prévention ainsi que des règles

de fonctionnement et des modalités d'attribution des prestations d'action sociale déterminées par la Commission Nationale Paritaire Santé et dans le Règlement du Fonds de solidarité

g. Services associés

L'Organisme assureur choisi par votre Employeur met à votre disposition et, le cas échéant, à celle de vos ayants droit, les services prévus ci-dessous :

- télétransmission ;
- tiers payant ;
- réseau de soins ;

D'autres services associés au présent Contrat pourront être mis en place par l'Organisme assureur.

Remboursements

Quelles sont les formalités de règlement des prestations ?

Les prestations sont traitées :

- soit par échange NOEMIE (télétransmission entre les Organismes d'Assurance Maladie et l'Organisme assureur), sauf opposition écrite de votre part lors de l'affiliation, ou le cas échéant, de la part de vos ayants droit ;
- soit sur présentation à l'Organisme assureur, de l'original du décompte établi par les Organismes d'Assurance maladie, ou de l'original de la facture ou note d'honoraires acquittée, si la prestation n'est pas prise en charge par les Organismes d'Assurance Maladie ou si vous, ou le cas échéant, vos ayants droit, avez refusé la télétransmission.

L'envoi des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à votre charge ou le cas échéant, à celle de votre ayant droit. Lors de votre affiliation, vous ou, le cas échéant, votre ayant-droit couvert à titre facultatif, devez fournir les documents (nécessaires au versement des prestations) demandés par l'Organisme assureur sur le Bulletin Individuel d'Affiliation.

Ces pièces sont conservées par l'Organisme assureur qui est en droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire.

En application des articles L. 221-11 du Code de la mutualité, L. 932-13 du Code de la Sécurité sociale et L. 114-1 du Code des assurances, vous ou, le cas échéant, votre ayant droit, devez produire vos demandes de prestations dans un délai maximum de deux années.

Ce délai commence à courir à compter :

- soit de la date du décompte envoyé par les Organismes d'Assurance maladie ;
- soit de la date de la facture acquittée, si la prestation n'est pas prise en charge par les Organismes d'Assurance Maladie.

En cas d'intervention d'un autre Organisme assureur, vous, ou, le cas échéant, votre ayant droit devez envoyer à l'Organisme assureur le décompte original des prestations versées par ledit organisme assureur afin d'obtenir le versement des prestations prévues par le Contrat.

Quelles sont les délais de paiement des prestations ?

A réception de la demande de remboursement, les prestations garanties sont servies dans le respect des critères qualité fixés par l'Organisme assureur au titre des règles de gestion :

- soit par échange NOEMIE ;
- soit hors échange NOEMIE à réception des décomptes et des pièces nécessaires à la constitution du dossier et des éventuels renseignements complémentaires demandés par l'Organisme assureur.

Les prestations sont versées :

- soit à vous-même directement ou, le cas échéant, à votre ayant droit ;
- soit aux professionnels de santé si vous ou, le cas échéant, votre ayant droit avez fait usage du Tiers payant.

Qu'en est-il des frais supplémentaires ?

Lorsque le mode de versement des prestations retenu par vous-même ou, le cas échéant, par votre ayant droit impose à l'Organisme assureur le paiement de frais ou de taxes, ceux-ci sont déduits du montant des prestations.

Quels sont les modalités de remboursement des soins effectués à l'étranger ?

Les garanties prévues par le Contrat ne sont acquises qu'aux Salariés, et, le cas échéant leurs ayants droit, affiliés à un organisme d'Assurance maladie français.

Les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger viennent en complément des remboursements de l'Organisme d'Assurance maladie et sont versées en euros.

Lorsque ces soins ne correspondent pas à des actes remboursés par les Organismes d'Assurance maladie mais sont toutefois expressément garantis par le contrat, le remboursement se fait à partir d'une facture détaillée, précisant a minima le montant et la nature des frais engagés.

Les prestations servies par l'Organisme assureur le sont dans la limite des garanties souscrites.

Comment fonctionne le Tiers payant ?

Après votre adhésion, vous recevrez vos cartes de tiers payant sur laquelle figureront les bénéficiaires inscrits.

Sur présentation de votre carte de tiers payant, vous n'avancez pas d'argent à l'hôpital, à la pharmacie et chez tous les professionnels de santé conventionnés (opticiens, dentistes, laboratoires d'analyses, radiologues...)

Si, après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire, l'assuré est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par l'organisme assureur pour son compte.

En cas de non remboursement, l'Organisme assureur se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

Quelle est la date des soins retenue ?

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par l'Organisme assureur ou par l'organisme gestionnaire est celle indiquée sur le décompte de remboursement des régimes d'assurance obligatoire ou sur la facture lorsqu'il n'y a pas de prise en charge par un régime d'assurance maladie obligatoire.

Le niveau de remboursement de chaque prestation est déterminé par la garantie souscrite.

La date des soins telle que définie ci-dessus permet de calculer l'atteinte éventuelle du plafond d'une prestation par la prise en considération des prestations payées dans l'année.

Qu'est-ce que le contrôle médical ?

L'organisme assureur se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent contrat.

Avant ou après le paiement des prestations, l'Organisme assureur ou l'organisme gestionnaire, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ou lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la réalité des dépenses engagées, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de l'organisme assureur.

En cas de contrôle a posteriori (après versement des prestations), le Salarié devra restituer à l'organisme assureur l'intégralité des prestations indues.

En cas de désaccord entre le Salarié et l'organisme assureur, les parties intéressées peuvent choisir un médecin expert. A défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le médecin est désigné par le Président du tribunal de Grande Instance territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. L'organisme assureur et le Salarié supportent chacun pour moitié les frais liés à la nomination de ce médecin.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour l'Organisme assureur et le Salarié.

Informations pratiques

a. Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées dans la présente Notice d'information sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, selon les modalités fixées par les articles L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la mutualité, et les articles L. 932-13 et L. 932-13-3 du Code de la Sécurité sociale.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, de votre fait ou, le cas échéant, du fait de votre ayant droit, que du jour où l'Organisme assureur 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.

Quand votre action 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, le cas échéant, votre ayant droit, ou a été indemnisé par vous-même ou votre ayant droit.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (notamment une citation en justice, un titre exécutoire, la reconnaissance d'un droit) 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 ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception adressés par l'Organisme assureur à l'Employeur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par vous-même ou, le cas échéant, vos ayants droit en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation liée aux garanties souscrites à titre facultatif (couverture de vos ayants droit et/ou souscription des garanties optionnelles) ou le règlement de la prestation.

b. Fausse déclaration intentionnelle

Les déclarations faites, tant par l'Employeur que par le Salarié, servent de base à la garantie. L'organisme assureur peut à tout moment, faire procéder à la vérification sur place de l'exactitude des documents produits par l'Employeur ou par le Salarié, tant à l'appui de son affiliation et du versement des cotisations, qu'à l'occasion de l'ouverture d'un droit à prestations, notamment par la consultation du registre du personnel et des écritures comptables.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, en cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du Salarié, la garantie qui lui est accordée est nulle, dès lors que cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Salarié a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'organisme assureur qui a le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

c. Recours contre tiers

Subrogation dans le recours contre les tiers responsables :

La subrogation permet à l'Organisme assureur en cas d'accident du bénéficiaire, de récupérer les prestations versées auprès du tiers responsable ou de sa compagnie d'assurance.

Par accident, on entend toute atteinte corporelle provenant de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure, indépendante de la volonté. Il peut s'agir d'un accident sans tiers (sportif, scolaire) ou d'un accident causé par un tiers (accident de la circulation, agression, accident dans un magasin...).

L'Organisme assureur vous est subrogée de plein droit, vous ou vos ayants droit victimes d'un accident, dans son action contre le tiers responsable.

L'Organisme assureur exerce ce recours subrogatoire dans la limite des dépenses qu'il a engagées et pour la part qu'il a indemnisée.

Afin de permettre à l'Organisme assureur d'exercer le cas échéant, ces droits et actions, vous devez le tenir informé de la survenance de l'accident.

Vous ou vos ayants droit devez tenir l'organisme assureur informé de l'état et de l'évolution de vos blessures, de leur consolidation, ainsi que de vos intentions à l'égard du tiers ou de son assureur substitué.

Il en est de même de toute instance judiciaire, pénale ou civile, tant en ce qui concerne son engagement que son déroulement et son aboutissement.

Vous ou vos ayants droit devez de même tenir l'Organisme assureur informé de tout projet de règlement amiable avec l'auteur de l'accident ou son assureur.

Subrogation à l'égard des caisses de Sécurité Sociale :

L'Organisme assureur est subrogé de plein droit dans vos droits et actions, ou, le cas échéant ceux de vos ayants droit à l'égard des caisses d'assurance maladie obligatoire pour la part des prestations avancée par l'organisme assureur et couverte par lesdits régimes obligatoires.

d. Protection des données personnelles

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés ») et au Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), l'Employeur reconnaît avoir été informée par l'organisme assureur, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que les données à caractère personnel du Salarié et le cas échéant de ses ayants droit peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat ; et ce y compris l'utilisation du NIR (numéro de sécurité sociale) du Salarié ou de ses ayants droit pour la gestion du risque d'assurance complémentaire santé ;
- la proposition de produits et services adaptés aux besoins du Salarié et de ses ayants droit ;
- l'amélioration de la qualité du service et des produits et l'amélioration de la relation client ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le Salarié ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

L'Employeur reconnaît que la collecte et le traitement des données à caractère personnel du Salarié et de ses ayants droit sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de ce contrat.

Les destinataires des données du Salarié et de ses ayants droit peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de l'organisme assureur et de l'organisme gestionnaire ainsi que ses tiers autorisés, et notamment ses délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités et l'Employeur. La liste des tiers autorisés est disponible sur le site internet de l'organisme assureur via la Charte de protection des données.

L'organisme assureur s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité physique et organisationnelle et de confidentialité des données traitées.

L'organisme assureur est susceptible de traiter des données personnelles collectées par l'Employeur. L'organisme assureur est également susceptible de traiter des données personnelles de santé collectées indirectement par les professionnels de santé et transmises par les régimes obligatoires.

Les données utilisées pour les statistiques font l'objet d'une anonymisation ou pseudonymisation préalable, excluant tout risque de ré-identification des personnes.

Les données à caractère personnel sont conservées au maximum pendant la durée de la relation

contractuelle, puis le temps de la prescription légale en vigueur. Cette durée de conservation est variable et dépend de la nature des données et de leur finalité de traitement.

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), les membres participants et leurs ayants droit disposent d'un droit d'accès aux données personnelles les concernant, d'un droit à la portabilité de ces données, d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement, ainsi que d'un droit à la détermination du sort post-mortem de ces données. Les membres participants et leurs ayants droit disposent également du droit à ce que ces données soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées lorsqu'elles sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou que leur collecte, utilisation, communication ou conservation est interdite.

Ces droits peuvent être exercés à tout moment par le Salarié et par ses ayants droit, sur simple demande, par l'un des moyens exposés ci-après, auprès de l'organisme assureur.

Cette demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité comportant la signature du demandeur (carte d'identité, passeport) et d'un motif légitime lorsque celui-ci est exigé par la loi.

La demande peut être exercée auprès de l'organisme gestionnaire aux coordonnées mentionnées en Annexe 2.

Ces droits sont personnels, seule la personne concernée peut en faire la demande ou son représentant légal, ou en cas de décès ses héritiers légaux, sauf exceptions prévues par la loi.

Le Salarié et ses ayants droit disposent du droit d'effectuer une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés concernant le traitement de leurs données personnelles : www.cnil.fr ; 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Ils disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opossetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

e. Réclamation et Médiation

Toute demande de réclamation pourra être adressée par l'Employeur, ou vous-même ou, le cas échéant, vos ayants droit, au siège de l'Organisme assureur.

Les réclamations concernant l'application du Contrat peuvent être adressées à l'Organisme assureur choisi par l'Employeur.

En cas d'insatisfaction, les bénéficiaires du présent Contrat peuvent formuler une réclamation en écrivant au service compétent de l'organisme assureur du contrat dont les coordonnées sont mentionnées en Annexe 2.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur nommé par l'Organisme assureur.

Processus de médiation dans les conditions prévues au titre V du livre 1er du code de la consommation : après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations et dans un délai d'un an après cette réclamation, le réclamant peut saisir le Médiateur aux coordonnées mentionnées en annexe 2

Après examen du différend, un avis motivé sera rendu au maximum dans les trois mois après transmission du dossier complet au médiateur.

Si le réclamant n'est pas satisfait de la décision rendue, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir devant les tribunaux.

f. Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'Organisme assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège social est situé au 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

Annexes

Annexe 1 – Garanties frais de santé

1) Modalités d'application des garanties

A. Fonctionnement du forfait optique « verres et monture »

Le forfait optique « verres et monture » est une enveloppe forfaitaire exprimée en euros. Il inclut le remboursement du ticket modérateur, celui-ci ne peut donc faire l'objet d'un remboursement en cas d'utilisation du forfait dans sa totalité.

La prise en charge du forfait optique « verres et monture » est limitée à un équipement composé de deux verres et une monture, par période de deux ans.

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Le reliquat du forfait optique « verres et monture », non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur la période suivante. L'affiliation à une garantie optionnelle ou un changement de formule optionnelle ne permet pas de déroger à ces règles.

Ainsi, en cas de changement de formule :

- **Si vous même ou, le cas échéant, vos ayants droit n'avez pas entamé votre forfait optique « verres et monture » avant ce changement de formule, vous bénéficierez du montant du forfait nouvellement souscrit, à compter de la date d'effet de sa nouvelle formule.**
- **En tout état de cause, une période de 2 ans déclenchée par un précédent achat n'est ni réduite ni annulée par la souscription d'une nouvelle option et continue à courir sur la nouvelle option jusqu'à l'arrivée à son terme.**

Les montants des forfaits « verres et monture » sont précisés au tableau des garanties présenté ci-après.

Les éléments des équipements peuvent être mixés :

- soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B » (ou « équipement libre ») ;
- soit deux verres de « classe B » (ou « équipement libre ») et une monture de « classe A ».

Le remboursement de l'élément de « classe B » (ou « équipement libre ») se fait dans la limite du plafond de « classe B » (ou « équipement libre ») correspondant à la correction visuelle du bénéficiaire de l'équipement, déduction faite du remboursement de l'élément de « classe A ».

1) Articulation du remboursement des dépenses 100% santé avec le secteur libre (équipements libres, panier maîtrisé, panier libre) :

A compter du 1 janvier 2020, s'applique le dispositif 100% santé, pour l'Optique, le Dentaire et les Audioprothèses. Le dispositif prévoit la prise en charge à 100% de certaines prestations et équipements dès 2020 (étalement de la mesure jusqu'en 2021, pour certains équipements), sans reste à charge pour le Salarié et ses Ayants Droits couverts par le régime.

Les dépenses d'Optique, Dentaires et Audioprothèse, prises en charge dans le cadre du 100% santé viennent en déduction des forfaits de prise en charge du secteur libre (équipements optique) et du panier libre/ panier maîtrisé (poste dentaire).

La prise en charge du forfait optique « verres et monture » est définie en 1.

Le renouvellement d'une aide auditive (audioprothèse) ne peut intervenir avant une période de 4 ans (48 mois) suivant la date de prescription de l'équipement acquis précédemment. Ce délai s'entend pour chaque oreille.

2) Tableaux des garanties

R1 : BASE CONVENTIONNELLE				
PRESTATIONS	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) Dans le cadre du parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE (AMC)	REMBOURSEMENT TOTAL	PRECISIONS
HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale et Maternité)				
Honoraires, actes et soins				
- Médecins signataires DPTM*	80 % ou 100 % BR	70 % ou 50 % BR*	150 % BR*	Pour les praticiens non conventionnés, la base de remboursement (BR) retenue par la mutuelle est celle des praticiens conventionnés.
- Médecins non signataires DPTM	80 % ou 100 % BR	40 % ou 20 % BR	120 % BR	
Séjours				
- Frais de séjour	80 % ou 100 % BR	50 % ou 30 % BR	130 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	Néant	100 % FR* limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % FR* limité au forfait réglementaire en vigueur	Forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers, à l'exclusion des EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) et des MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées). Prise en charge illimitée dans les établissements de santé.
- Chambre particulière	Néant	Néant	Néant	
- Lit accompagnant	Néant	Néant	Néant	
Participation du patient	Néant	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 € en application du I de l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale.
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux : Consultations et visites des Médecins Généralistes				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	50 % BR	120 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
Honoraires médicaux : Consultations et visites des Médecins Spécialistes				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	80 % BR	150 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	50 % BR	120 % BR	
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, d'électroradiographie, d'ostéodensitométrie				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	80 % BR	150 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	50 % BR	120 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	80 % BR	150 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	50 % BR	120 % BR	
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	30 % BR	70 % BR	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	15 % BR	85 % BR	100 % BR	
Orthopédie et autres prothèses remboursées par l'AMO (hors auditives, dentaires, optiques)	60 % BR ou 100 % BR	70 % BR ou 30 % BR	130 % BR	
Analyses	60% BR	40 % BR	100 % BR	
Auxiliaires médicaux	60% BR	40 % BR	100 % BR	
Transport remboursé par l'AMO	65 % BR	35 % BR	100 % BR	Ambulance ou taxi conventionné, hors SMUR.
Ostéopathie	Néant	25 € par séance, dans la limite d'1 séance par an et par bénéficiaire	25 € par séance, dans la limite d'1 séance par an et par bénéficiaire	Forfait par séance, limité à une séance par an et par bénéficiaire.

Participation du patient	Néant	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 € en application du I de l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale.
DENTAIRE				
Soins dentaires	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	70% BR ou 100 % BR	90% BR ou 60 % BR	160 % BR	
Soins et prothèses 100 % santé (tels que définis réglementairement) Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé				
- Panier 100 % santé	70 % BR	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des HLF*	RSS* + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des HLF*	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
Soins et prothèses panier à honoraires maîtrisés (tels que définis réglementairement)				
- Inlays et Onlays	70 % BR	90 % BR dans la limite des HLF	160 % BR dans la limite des HLF	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
- Soins et prothèses dentaires pris en charge par l'AMO	70 % BR	105 % BR dans la limite des HLF	175 % BR dans la limite des HLF	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
Prothèses panier à honoraires libres (tels que définis réglementairement)				
- Inlays et Onlays	70 % BR	90 % BR	160 % BR	
- Prothèses dentaires prises en charge par l'AMO	70 % BR	105 % BR	175 % BR	
OPTIQUE				
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 et rappelées ci-après : - Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). - Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). - Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement. Par dérogation aux dispositions ci-dessus, la période est ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale. Prise en charge de la monture dans la limite de 100€.				
Equipements 100 % santé (verres et/ou monture) Classe A - Tarifs soumis à des prix limites de vente				
- Equipements de classe A (monture + verres) y compris prestations d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents et/ou suppléments pour verres avec filtres	60 % BR	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des PLV*	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des PLV*	Equipements soumis à des prix limites de vente.
	60 % BR			
	60 % BR			
- Prestations d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A	60 % BR	40 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV	Equipements soumis à des prix limites de vente.
Equipements hors 100% santé (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres Réseau Partenaire				
- Equipement avec 2 verres simples	60 % BR	150 € - RSS	150 €	Forfait par équipement, incluant la monture. Forfait par bénéficiaire, y compris ticket modérateur.
- Equipement avec 2 verres complexes	60 % BR	285 € - RSS	285 €	Forfait par équipement, incluant la monture. Forfait par bénéficiaire, y compris ticket modérateur.
- Equipement avec 1 verre simple et un verre complexe	60 % BR	230 € - RSS	230 €	Forfait par équipement, incluant la monture. Forfait par bénéficiaire, y compris ticket modérateur.

Equipements hors 100% santé (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres Hors Réseau Partenaire				
- Equipement avec 2 verres simples	60 % BR	120 € - RSS	120 €	Forfait par équipement, incluant la monture. Forfait par bénéficiaire, y compris ticket modérateur.
- Equipement avec 2 verres complexes	60 % BR	220 € - RSS	220 €	Forfait par équipement, incluant la monture. Forfait par bénéficiaire, y compris ticket modérateur.
- Equipement avec 1 verre simple et un verre complexe	60 % BR	170 € - RSS	170 €	Forfait par équipement, incluant la monture. Forfait par bénéficiaire, y compris ticket modérateur.
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/ système antiptosis/ verres iséiconiques)	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
Lentilles				
- Lentilles remboursées par l'AMO	Néant ou 60 % BR	Néant ou 40 % BR + 70 €	Néant ou 100 % BR + 70 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire
- Lentilles non remboursées par l'AMO				
- Lentilles jetables				
AIDES AUDITIVES				
SOINS JUSQU'AU 31/12/2020				
Aides auditives remboursées par l'AMO				
- Prothèses auditives	60 % BR	70 % BR	130 % BR	
SOINS A COMPTER DU 01/01/2021				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date, dans les limites du plafond de remboursement prévu par le contrat responsable.				
Equipement 100% santé Classe I - Tarifs soumis à des prix limites de vente				
- Aides auditives remboursées par l'AMO	60 % BR	40 % BR	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des PLV	Equipements soumis à des prix limites de vente.
Equipement hors 100% santé Classe II - Tarifs libres				
- Prothèses auditives remboursées par l'AMO	60 % BR	70 % BR	130 % BR	
Piles	60 % BR	40 % BR	100 % BR	

Les nouvelles dispositions s'appliquent pour les frais engagés relatifs à des soins intervenant à compter du 01.01.2020.

Les niveaux d'indemnisation définis s'entendent y compris les prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).

Les taux de remboursement du régime obligatoire correspondent aux taux du régime général.

Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

* Abréviations : AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / BRR : Base de remboursement reconstituée. / DPTM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée : OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique) / FR : Frais réels. / Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. / HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire / PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire. / RSS : Remboursement de l'AMO = montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement. / TM : Ticket Modérateur

R1 + OPTION R2				
PRESTATIONS	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) Dans le cadre du parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE (AMC)	REMBOURSEMENT TOTAL	PRECISIONS
HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale et Maternité)				
Honoraires, actes et soins				
- Médecins signataires DPTM*	80 % ou 100 % BR	110 % ou 90 % BR*	190 % BR*	Pour les praticiens non conventionnés, la base de remboursement (BR) retenue par la mutuelle est celle des praticiens conventionnés.
- Médecins non signataires DPTM	80 % ou 100 % BR	70 % ou 50 % BR	150 % BR	
Séjours				
- Frais de séjour	80 % ou 100 % BR	70 % ou 50 % BR	150 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	Néant	100 % FR* limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % FR* limité au forfait réglementaire en vigueur	Forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers, à l'exclusion des EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) et des MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées). Prise en charge illimitée dans les établissements de santé.
- Chambre particulière	Néant	Néant	30 € par jour	Forfait par jour dans la limite de 30 jours par année civile et par bénéficiaire
- Lit accompagnant	Néant	Néant	30 € par jour	Nuitées pour un accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans, sur présentation de factures dédiées à l'hébergement. Forfait versé sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat.
Participation du patient	Néant	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 € en application du I de l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale.
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux : Consultations et visites des Médecins Généralistes				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	60 % BR	130 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
Honoraires médicaux : Consultations et visites des Médecins Spécialistes				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	105 % BR	175 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	60 % BR	130 % BR	
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, d'électroradiographie, d'ostéodensitométrie				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	105 % BR	175 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	60 % BR	130 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	105 % BR	175 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	60 % BR	130 % BR	
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	30 % BR	70 % BR	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	15 % BR	85 % BR	100 % BR	
Orthopédie et autres prothèses remboursées par l'AMO (hors auditives, dentaires, optiques)	60 % BR ou 100 % BR	100 % BR ou 60 % BR	160 % BR	
Analyses	60% BR	40 % BR	100 % BR	
Auxiliaires médicaux	60% BR	40 % BR	100 % BR	
Transport remboursé par l'AMO	65 % BR	35 % BR	100 % BR	Ambulance ou taxi conventionné, hors SMUR.

Ostéopathie	Néant	25 € par séance, dans la limite de 2 séances par an et par bénéficiaire	25 € par séance, dans la limite de 2 séances par an et par bénéficiaire	Forfait par séance, limité à deux séances par an et par bénéficiaire.
Participation du patient	Néant	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 € en application du I de l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale.
DENTAIRE				
Soins dentaires	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	70% BR ou 100 % BR	130% BR ou 100 % BR	200 % BR	
Soins et prothèses 100 % santé (tels que définis réglementairement) Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé				
- Panier 100 % santé	70 % BR	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des HLF*	RSS* + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des HLF*	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
Soins et prothèses panier à honoraires maîtrisés (tels que définis réglementairement)				
- Inlays et Onlays	70 % BR	130 % BR dans la limite des HLF	200 % BR dans la limite des HLF	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
- Soins et prothèses dentaires pris en charge par l'AMO	70 % BR	130 % BR dans la limite des HLF	200 % BR dans la limite des HLF	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
Prothèses panier à honoraires libres (tels que définis réglementairement)				
- Inlays et Onlays	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
- Prothèses dentaires prises en charge par l'AMO	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
OPTIQUE				
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 et rappelées ci-après : - Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). - Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). - Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement. Par dérogation aux dispositions ci-dessus, la période est ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale. Prise en charge de la monture dans la limite de 100€.				
Equipements 100 % santé (verres et/ou monture) Classe A - Tarifs soumis à des prix limites de vente				
- Equipements de classe A (monture + verres) y compris prestations d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents et/ou suppléments pour verres avec filtres	60 % BR	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des PLV*	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des PLV*	Equipements soumis à des prix limites de vente.
	60 % BR			
	60 % BR			
- Prestations d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A	60 % BR	40 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV	Equipements soumis à des prix limites de vente.
Equipements hors 100% santé (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres Réseau Partenaire				
- Equipement avec 2 verres simples	60 % BR	160 € - RSS	160 €	Forfait par équipement, incluant la monture. Forfait par bénéficiaire, y compris ticket modérateur.

- Equipement avec 2 verres complexes	60 % BR	330 € - RSS	330 €	Forfait par équipement, incluant la monture. Forfait par bénéficiaire, y compris ticket modérateur.
- Equipement avec 1 verre simple et un verre complexe	60 % BR	240 € - RSS	240 €	Forfait par équipement, incluant la monture. Forfait par bénéficiaire, y compris ticket modérateur.
Equipements hors 100% santé (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres Hors Réseau Partenaire				
- Equipement avec 2 verres simples	60 % BR	120 € - RSS	120 €	Forfait par équipement, incluant la monture. Forfait par bénéficiaire, y compris ticket modérateur.
- Equipement avec 2 verres complexes	60 % BR	220 € - RSS	220 €	Forfait par équipement, incluant la monture. Forfait par bénéficiaire, y compris ticket modérateur.
- Equipement avec 1 verre simple et un verre complexe	60 % BR	170 € - RSS	170 €	Forfait par équipement, incluant la monture. Forfait par bénéficiaire, y compris ticket modérateur.
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/ système antiptosis/ verres iséiconiques)	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
Lentilles				
- Lentilles remboursées par l'AMO	Néant ou 60 % BR	Néant ou 40 % BR + 150 €	Néant ou 100 % BR + 150 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire
- Lentilles non remboursées par l'AMO				
- Lentilles jetables				
AIDES AUDITIVES				
SOINS JUSQU'AU 31/12/2020				
Aides auditives remboursées par l'AMO				
- Prothèses auditives	60 % BR	100 % BR	160 % BR	
SOINS A COMPTER DU 01/01/2021				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date, dans les limites du plafond de remboursement prévu par le contrat responsable.				
Equipement 100% santé Classe I - Tarifs soumis à des prix limites de vente				
- Aides auditives remboursées par l'AMO	60 % BR	40 % BR	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des PLV	Equipements soumis à des prix limites de vente.
Equipement hors 100% santé Classe II - Tarifs libres				
- Prothèses auditives remboursées par l'AMO	60 % BR	100 % BR	160 % BR	
Piles	60 % BR	40 % BR	100 % BR	

Les nouvelles dispositions s'appliquent pour les frais engagés relatifs à des soins intervenant à compter du 01.01.2020.

Les niveaux d'indemnisation définis s'entendent y compris les prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).

Les taux de remboursement du régime obligatoire correspondent aux taux du régime général.

Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

* Abréviations : AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / BRR : Base de remboursement reconstituée. / DPTM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée : OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique) / FR : Frais réels. / Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. / HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire / PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire. / RSS : Remboursement de l'AMO = montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement. / TM : Ticket Modérateur

R1 + OPTION R3				
PRESTATIONS	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) Dans le cadre du parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE (AMC)	REMBOURSEMENT TOTAL	PRECISIONS
HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale et Maternité)				
Honoraires, actes et soins				
- Médecins signataires DPTM*	80 % ou 100 % BR	120 % ou 100 % BR*	200 % BR*	Pour les praticiens non conventionnés, la base de remboursement (BR) retenue par la mutuelle est celle des praticiens conventionnés.
- Médecins non signataires DPTM	80 % ou 100 % BR	100 % ou 80 % BR	180 % BR	
Séjours				
- Frais de séjour	80 % ou 100 % BR	100 % ou 80 % BR	180 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	Néant	100 % FR* limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % FR* limité au forfait réglementaire en vigueur	Forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers, à l'exclusion des EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) et des MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées). Prise en charge illimitée dans les établissements de santé.
- Chambre particulière	Néant	Néant	40 € par jour	Forfait par jour dans la limite de 30 jours par année civile et par bénéficiaire
- Lit accompagnant	Néant	Néant	40 € par jour	Nuitées pour un accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans, sur présentation de factures dédiées à l'hébergement. Forfait versé sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat.
Participation du patient	Néant	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 € en application du I de l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale.
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux : Consultations et visites des Médecins Généralistes				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	60 % BR	130 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
Honoraires médicaux : Consultations et visites des Médecins Spécialistes				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	110 % BR	180 % BR	
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, d'électroradiographie, d'ostéodensitométrie				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	110 % BR	180 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	110 % BR	180 % BR	
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	30 % BR	70 % BR	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	15 % BR	85 % BR	100 % BR	
Orthopédie et autres prothèses remboursées par l'AMO (hors auditives, dentaires, optiques)	60 % BR ou 100 % BR	160 % BR ou 120 % BR	220 % BR	
Analyses	60% BR	40 % BR	100 % BR	
Auxiliaires médicaux	60% BR	40 % BR	100 % BR	

Transport remboursé par l'AMO	65 % BR	35 % BR	100 % BR	Ambulance ou taxi conventionné, hors SMUR.
Ostéopathie	Néant	25 € par séance, dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire	25 € par séance, dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire	Forfait par séance, limité à trois séances par an et par bénéficiaire.
Participation du patient	Néant	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 € en application du I de l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale.
DENTAIRE				
Soins dentaires	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	70% BR ou 100 % BR	200% BR ou 170 % BR	270 % BR	
Soins et prothèses 100 % santé (tels que définis réglementairement) Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé				
- Panier 100 % santé	70 % BR	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des HLF*	RSS* + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des HLF*	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
Soins et prothèses panier à honoraires maîtrisés (tels que définis réglementairement)				
- Inlays et Onlays	70 % BR	130 % BR dans la limite des HLF	200 % BR dans la limite des HLF	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
- Soins et prothèses dentaires pris en charge par l'AMO	70 % BR	200 % BR dans la limite des HLF	270 % BR dans la limite des HLF	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
Prothèses panier à honoraires libres (tels que définis réglementairement)				
- Inlays et Onlays	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
- Prothèses dentaires prises en charge par l'AMO	70 % BR	200 % BR	270 % BR	
OPTIQUE				
<p>La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 et rappelées ci-après :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). - Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). - Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique. <p>Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.</p> <p>Par dérogation aux dispositions ci-dessus, la période est ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale.</p> <p>Prise en charge de la monture dans la limite de 100€.</p>				
Equipements 100 % santé (verres et/ou monture) Classe A - Tarifs soumis à des prix limites de vente				
- Equipements de classe A (monture + verres) y compris prestations d'appariage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents et/ou suppléments pour verres avec filtres	60 % BR	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des PLV*	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des PLV*	Equipements soumis à des prix limites de vente.
	60 % BR			
	60 % BR			
- Prestations d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A	60 % BR	40 % BR dans la limite des PLV	100 % BR dans la limite des PLV	Equipements soumis à des prix limites de vente.
Equipements hors 100% santé (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres Réseau Partenaire				

- Equipement avec 2 verres simples	60 % BR	210 € - RSS	210 €	Forfait par équipement, incluant la monture. Forfait par bénéficiaire, y compris ticket modérateur.
- Equipement avec 2 verres complexes	60 % BR	420 € - RSS	420 €	Forfait par équipement, incluant la monture. Forfait par bénéficiaire, y compris ticket modérateur.
- Equipement avec 1 verre simple et un verre complexe	60 % BR	320 € - RSS	320 €	Forfait par équipement, incluant la monture. Forfait par bénéficiaire, y compris ticket modérateur.
Equipements hors 100% santé (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres Hors Réseau Partenaire				
- Equipement avec 2 verres simples	60 % BR	140 € - RSS	140 €	Forfait par équipement, incluant la monture. Forfait par bénéficiaire, y compris ticket modérateur.
- Equipement avec 2 verres complexes	60 % BR	250 € - RSS	250 €	Forfait par équipement, incluant la monture. Forfait par bénéficiaire, y compris ticket modérateur.
- Equipement avec 1 verre simple et un verre complexe	60 % BR	180 € - RSS	180 €	Forfait par équipement, incluant la monture. Forfait par bénéficiaire, y compris ticket modérateur.
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/ système antiptosis/ verres iséiconiques)	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
Lentilles				
- Lentilles remboursées par l'AMO	Néant ou 60 % BR	Néant ou 40 % BR + 200 €	Néant ou 100 % BR + 200 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire
- Lentilles non remboursées par l'AMO				
- Lentilles jetables				
AIDES AUDITIVES				
SOINS JUSQU'AU 31/12/2020				
Aides auditives remboursées par l'AMO				
- Prothèses auditives	60 % BR	160 % BR	220 % BR	
SOINS A COMPTER DU 01/01/2021				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date, dans les limites du plafond de remboursement prévu par le contrat responsable.				
Equipement 100% santé Classe I - Tarifs soumis à des prix limites de vente				
- Aides auditives remboursées par l'AMO	60 % BR	40 % BR	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des PLV	Equipements soumis à des prix limites de vente.
Equipement hors 100% santé Classe II - Tarifs libres				
- Prothèses auditives remboursées par l'AMO	60 % BR	160 % BR	220 % BR	
Piles	60 % BR	40 % BR	100 % BR	

Les nouvelles dispositions s'appliquent pour les frais engagés relatifs à des soins intervenant à compter du 01.01.2020.

Les niveaux d'indemnisation définis s'entendent y compris les prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).

Les taux de remboursement du régime obligatoire correspondent aux taux du régime général.

Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

* Abréviations : AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / BRR : Base de remboursement reconstituée. / DPTM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée : OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique) / FR : Frais réels. / Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. / HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire / PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire. / RSS : Remboursement de l'AMO = montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement. / TM : Ticket Modérateur

Annexe 2 – Coordonnées des organismes assureurs

Organisme assureur	Réclamation	Médiation	Protection des données personnelles (demande d'exercice de droits)	Exercice du droit de renonciation (vente à distance)
AG2R Prévoyance	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier : AG2R LA MONDIALE - TSA 37001- 59071 ROUBAIX CEDEX • ou par téléphone : en joignant un conseiller par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : 09 72 67 22 22. 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Conciliateur d'AG2R LA MONDIALE, 32 avenue Emile Zola Mons en Baroeul – 59 896 LILLE Cedex 9. 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier : AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, 104-110 Boulevard Haussmann, 75379 PARIS Cedex 08 • ou par mail à : informatique.libertes@ag2r.lamondiale.fr. 	Conciliateur d'AG2R LA MONDIALE, 32 avenue Emile Zola Mons en Baroeul – 59 896 LILLE Cedex 9.
HARMONIE MUTUELLE	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Service Qualité Relation Adhérents au CS81021-49010 ANGERS CEDEX 01 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Monsieur le Médiateur de la consommation – 23 Boulevard Jean Jaurès – 45025 ORLEANS Cedex • ou par mail à : mediation@harmonie-mutuelle.fr 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Harmonie Mutuelle – Service DPO – 29 quai François Mitterrand – 44273 NANTES Cedex 2 • ou par mail à : dpo@harmonie-mutuelle.fr 	HARMONIE MUTUELLE – 143 rue Blomet – 75015 PARIS
MGEN	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : MGEN Entreprises – Service réclamations – TSA 11644 – 75901 PARIS Cedex 15 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Monsieur le Médiateur du Groupe MGEN – 3 square Max Hymans – 75748 PARIS Cedex 15 • ou par mail à : mediation@mgen.fr • ou sur le site internet : mediation-mgen.fr 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : MGEN Gestion CNIL 7 square Max Hymans 75015 PARIS • ou par mail à : dpo@mgensolutions.fr 	MGEN Entreprises – Service réclamations TSA 11644 75901 PARIS Cedex 15
UMANENS	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Gestion Branche Umanens - TSA 60 002 - 75487 PARIS Cedex 10. • ou par mail à : reclamations@umanens.fr, 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Madame ou Monsieur le médiateur de la Mutualité Française, 255 rue de Vaugirard, 75719 PARIS Cedex 15. • ou en ligne par internet : sur www.mutualite.fr • ou par courriel à : mediation@mutualite.fr 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : La Mutuelle Familiale – Délégué à la Protection des Données - 52 rue d'Hauteville 75010 PARIS, • par courrier électronique à : donneespersonnelles@mutuelle-familiale.fr 	UMANENS, 40 boulevard Richard Lenoir 75011 PARIS reclamations@umanens.fr
MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE Groupe Malakoff Humanis	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : - Pour l'Employeur : Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 GUYANCOURT Cedex - Pour le Salarié et/ou les ayants droit : Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 GUYANCOURT Cedex • ou par mail à : - Pour l'Employeur : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com - Pour le Salarié : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Centre Technique des Institutions de Prévoyance – 10 rue Cambacérés – 75008 PARIS • ou par voie électronique à : https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/ 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Malakoff Humanis – Pôle Informatique et Libertés – 21 rue Laffitte – 75317 PARIS Cedex 9 • ou par mail à : dpo@malakoffhumanis.com 	Malakoff Humanis – 21 rue Laffitte – 75009 PARIS
ADREA MUTUELLE Groupe AÉSIO	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : ADREA MUTUELLE – Service Réclamations – 67 rue des Cras 25041 BESANCON Cedex • ou par mail à : reclamations@adreamutuelle.fr 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française – FNMF, 255 rue de Vaugirard – 75719 PARIS cedex 15 • ou par mail à : mediation@mutualite.fr 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : ADREA MUTUELLE – Groupe Aesio, Délégué à la Protection des Données, 25 Place de la Madeleine, 75008 PARIS • ou par mail à : adrea.dpo@adreamutuelle.fr 	ADREA MUTUELLE - 25 Place de la Madeleine - 75008 PARIS

APREVA MUTUELLE Groupe AÉSIO	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : APREVA MUTUELLE – Service Réclamations – 2 rue de l’Origan – 62000 ARRAS • ou par mail à : reclamations@apreva.fr 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française – FNMF, 255 rue de Vaugirard – 75719 PARIS cedex 15 • ou par mail à : mediation@mutualite.fr 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : APREVA MUTUELLE – Groupe Aesio, Délégué à la Protection des Données, 25 Place de la Madeleine, 75008 PARIS • ou par mail à : apreva.dpo@apreva.fr 	APREVA MUTUELLE - 30 avenue Denis Cordonnier - 59000 LILLE
EOVI MCD MUTUELLE Groupe AÉSIO	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : EOVI MCD MUTUELLE– Service Réclamations - TSA 31279 – 53102 MAYENNE Cedex • ou par mail à : service.reclamations@eovi -mcd.fr 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française – FNMF, 255 rue de Vaugirard – 75719 PARIS cedex 15 • ou par mail à : mediation@mutualite.fr 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : EOVI MCD MUTUELLE – Groupe Aesio, Délégué à la Protection des Données, 25 Place de la Madeleine, 75008 PARIS • ou par mail à : eovi-mcd.dpo@eovi-mcd.fr 	EOVI MCD MUTUELLE - 173 rue de Bercy - CS 31802 - 75584 PARIS Cedex 12

Annexe 3 – Mots clés Santé

A

Actes non remboursés par les Organismes d'Assurance Maladie

Actes inscrits à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) avec un taux de remboursement par la Sécurité sociale égal à « 0 % » ou un prix unitaire égal à « 0 euros », un qualificatif de la dépense renseigné avec « NR ».

Appareillage

Biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'Assurance Maladie.

Assurance maladie

L'Assurance maladie constitue le premier niveau de remboursement des frais de santé. L'affiliation auprès de l'Assurance maladie est nécessaire pour bénéficier du régime complémentaire souscrit auprès de l'Organisme assureur.

Auxiliaires médicaux

Infirmier(ère), Masseur-kinésithérapeute, Orthophoniste, Orthoptiste, Pédicure podologue.

B

Base de Remboursement (BR)

Assiette servant de base de calcul aux prestations en nature pour les Organismes d'Assurance Maladie.

Selon le type d'acte et la nomenclature auxquels elle se rattache, cette base de remboursement peut être constituée du :

- tarif d'autorité : tarif utilisé par les organismes d'Assurance Maladie comme base de remboursement lorsque le professionnel de santé consulté n'est pas conventionné. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention.
- tarif de responsabilité : base de remboursement de l'Organisme d'Assurance Maladie pour les produits pharmaceutiques, les fournitures et les appareillages.

C

Chambre particulière

Prestation proposée par les Établissements de santé, permettant au patient qui en fait la demande d'être hébergé en chambre individuelle à l'occasion d'une hospitalisation. La chambre particulière n'est jamais remboursée par les Organismes d'Assurance Maladie.

Chirurgie réfractive

Technique chirurgicale permettant de corriger les défauts visuels.

Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

La Complémentaire Santé Solidaire est née de la fusion au 1er novembre 2019 de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) et de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC-C) et permettra à ses bénéficiaires de profiter d'une couverture gratuite à hauteur du plafond de ressources de la CMUC-C, puis la fraction supérieure sera payante en fonction de l'âge.

Contrat collectif frais de santé

Contrat souscrit par une personne morale (entreprise, association, ...) au profit de ses salariés ou de ses membres et, le cas échéant, de leurs ayants droit, intervenant en complément des prestations versées par un Organisme d'Assurance Maladie.

Contrat individuel frais de santé

Contrat à adhésion volontaire souscrit par une personne physique pour sa couverture personnelle et, le cas échéant, celle de ses ayants droit, intervenant en complément des prestations versées par un Organisme d'Assurance Maladie.

Contrat responsable

Contrat régi par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale garantissant le respect du parcours de soins coordonnés permettant de bénéficier d'une minoration de la taxe de Solidarité Additionnelle des contrats d'assurance et ouvrant droit à des exonérations sociales et fiscales pour les entreprises et les salariés dans le cadre d'un contrat collectif complémentaire souscrit à titre obligatoire.

Contrat surcomplémentaire

Contrat supplémentaire venant s'ajouter au contrat complémentaire de manière autonome. Contrat destiné à compléter les garanties d'un premier contrat complémentaire sur certains postes de soins.

D

Dépassement d'honoraires

Différence entre le montant des honoraires du professionnel de santé et la Base de remboursement utilisée pour le calcul des prestations versées par les organismes d'Assurance Maladie.

Dépenses réelles

Montant total des dépenses engagées par une personne pour ses prestations de santé. Ce montant peut être remboursé totalement ou partiellement par les Organismes d'Assurance Maladie et par l'Organisme assureur complémentaire.

F

Forfait « actes lourds »

Participation forfaitaire mise à la charge de l'assuré social pour les actes dépassant un certain tarif fixé par les autorités publiques.

Ainsi, à titre indicatif, au 1er août 2015, cette participation s'applique :

- Aux actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, qu'ils soient pratiqués en cabinet de ville, dans un centre de santé, ou dans un Établissement de santé (hôpital, clinique) dans le cadre de consultations externes ;
- Aux frais d'une hospitalisation en Établissement de santé (hôpital, clinique), y compris en hospitalisation à domicile (HAD), au cours de laquelle est effectué un acte thérapeutique ou diagnostique dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 ;
- Aux frais d'une hospitalisation consécutive à une hospitalisation répondant aux conditions mentionnées ci-dessus et en lien direct avec elle.

Forfait journalier hospitalier

Montant forfaitaire à la charge de l'affilié en cas d'hospitalisation. Il correspond aux « frais hôteliers ».

Frais de séjour

Frais facturés par un Établissement de santé pour couvrir les coûts de séjour (médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, ...). En fonction du statut de l'Établissement, ces frais de séjour peuvent exclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Frais d'accompagnement

Frais correspondant aux facilités (lit, repas) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (exemple : parent en cas d'hospitalisation de l'enfant). Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par les Organismes d'Assurance Maladie.

Frais réels

Le remboursement de certaines prestations peut se faire sur les frais réels. Cela signifie que le taux de remboursement sera calculé sur la base des dépenses réelles engagées par l'affilié.

Franchise médicale

Somme déduite des remboursements effectués par l'Organisme d'Assurance Maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Le montant de la franchise est de :

- 0,50 euro par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple) ;
- 0,50 euro par acte paramédical ;
- 2 euros par transport sanitaire.

La franchise ne s'applique pas aux médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation, ni aux actes paramédicaux effectués au cours d'une hospitalisation, ni aux transports d'urgence.

La franchise est plafonnée à 2 euros par jour pour les actes paramédicaux, 4 euros par jour pour les transports sanitaires et 50 euros par an, au total.

Forclusion

Extinction d'un droit en raison du dépassement de l'échéance du délai qui était imparti pour en bénéficier.

Forfait euros

Le remboursement effectué par l'Organisme assureur peut être exprimé sous la forme d'un montant en euros.

H

Hospitalisation

Séjour dans un Établissement de santé en vue de la prise en charge médicale d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

I

Imagerie médicale - Radiologie

L'imagerie médicale est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement. Il existe plusieurs techniques d'imagerie médicale : radiologie, échographie, IRM, endoscopie, scanner, laser, ...

Implantologie

L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles on fixe une prothèse. L'implantologie n'est pas prise en charge par les Organismes d'Assurance Maladie.

Inlays et Onlays

Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de

volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une couronne.

M

Maladie

Altération de la santé ou des fonctions constatée par un médecin.

Maternité

Etat dans lequel se trouve la femme durant les périodes de grossesse non pathologique, de l'accouchement et de ses suites. La grossesse ne constitue pas une maladie.

Médecin traitant

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, tous les assurés sociaux de 16 ans et plus doivent déclarer un médecin traitant. Tout médecin inscrit au Conseil de l'Ordre peut être désigné en qualité de médecin traitant.

Le médecin traitant coordonne les soins et oriente l'assuré social dans le parcours de soins coordonnés, en le dirigeant si nécessaire vers les professionnels de santé adaptés à ses besoins.

Toutefois, l'affilié social pourra consulter certains médecins spécialistes sans passer par son médecin traitant :

- Gynécologue ;
- Ophtalmologue ;
- Psychiatre ou neuropsychiatre ;
- Stomatologue.

N

Nomenclature

Notion désignant l'ensemble des référentiels codifiant les actes médicaux reconnus par les Organismes d'Assurance Maladie et fixant leur base de remboursement par elle-même et notamment :

- la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM),
- la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP),
- la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM),
- la Liste des produits et des prestations remboursables (LPPR ou LPP).

O

OPTAM / OPTAM-CO

Depuis le 1er janvier 2017, l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) a succédé au Contrat d'Accès aux Soins.

Une nouvelle option spécifique est également ouverte aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique, avec une valorisation directe à l'acte (OPTAM-CO).

Les praticiens ayant opté pour l'OPTAM ou l'OPTAM-CO permettent aux patients de bénéficier de tarifs maîtrisés et d'un meilleur remboursement de la sécurité sociale et des complémentaires santé.

Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

Régimes obligatoires couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Assurance maladie Complémentaire (AMC)

Organisme prenant en charge un ou des contrats assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour un individu donné ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations versées par l'AMO.

P

Parcours de soins coordonnés

Le parcours de soins coordonnés est défini par la loi, obligeant les assurés sociaux à consulter leur médecin traitant avant tout autre médecin sous peine de majoration du ticket modérateur par le régime obligatoire et de non-remboursement des éventuels dépassements d'honoraires par l'Organisme assureur.

Participation forfaitaire

Une participation forfaitaire de 1 euro est demandée aux assurés sociaux de plus de 18 ans.

Cette participation forfaitaire s'applique pour toutes les consultations et tous les actes réalisés par un médecin ainsi que sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.

Cette participation forfaitaire est due par tous les assurés sociaux à l'exception :

- Des enfants de moins de 18 ans ;
- Des femmes enceintes à compter du 1er jour du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour après la date de l'accouchement ;
- Des Bénéficiaires de la Complémentaire santé Solidaire (CSS) ou de l'Aide médicale d'Etat (AME).

R

Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'affilié après remboursement des Organismes d'Assurance Maladie et des Organismes assureurs complémentaires.

T

Ticket modérateur

Dans le parcours de soins, différence entre la Base de remboursement et le montant remboursé par l'Organisme d'Assurance Maladie. La participation forfaitaire n'entre pas en compte dans le calcul de cette différence. L'application par le régime obligatoire, de la majoration de la participation de l'assuré lorsque l'acte est réalisé hors parcours de soins, n'affecte pas le calcul et la valeur du Ticket modérateur.

Tiers payant

Système de paiement qui évite à l'affilié de faire l'avance des frais de santé, dont la prise en charge est directement assurée par l'Organisme d'Assurance Maladie et l'Organisme Assureur complémentaire.