

**CONDITIONS GENERALES
REGIME CONVENTIONNEL FRAIS DE SANTE**

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

IDCC n°2511



ADREA
mutuelle



eoVimcd
mutuelle

Sommaire

Sommaire	2
PREAMBULE	3
CHAPITRE 1 - Dispositions Générales	5
Article 1 – Objet du contrat	5
Article 2 – Nature des garanties.....	5
Article 3 – Intervenants au contrat	5
Article 4 – Prescription	5
Article 5 – Fausse déclaration intentionnelle et Recours contre tiers	6
Article 6 – Protection des données à caractère personnel	6
Article 7 – Réclamation et Médiation	7
Article 8 – Autorité de contrôle.....	8
CHAPITRE 2 - Exécution du Contrat	9
Article 9 – Présentation du Contrat	9
Article 10 – Adhésion au Contrat	9
Article 11 – Vie du contrat.....	9
CHAPITRE 3 - Affiliation au Contrat	11
Article 12 – Affiliation aux garanties souscrites par l'Employeur	11
Article 13 – Affiliation à titre facultatif aux garanties optionnelles.....	13
CHAPITRE 4 - Ouverture, suspension, maintien et cessation des garanties	15
Article 14 – Date d'entrée en vigueur des garanties	15
Article 15 – Cessation de l'affiliation et des garanties	15
Article 16 – Maintien des garanties.....	15
Article 17 – Suspension du contrat de travail	16
CHAPITRE 5 - Obligations des parties	18
Article 18 – Obligations de l'Organisme Assureur	18
Article 19 – Obligations de l'Employeur	18
Article 20 – Obligations du Salarié.....	19
CHAPITRE 6 - Cotisations	20
Article 21 – Taux et montant des cotisations	20
Article 22 – Modalités de règlement des cotisations.....	20
Article 23 – Non-règlement des cotisations	20
Article 24 – Régularisation des cotisations versées	21
CHAPITRE 7 - Garanties	22
Article 25 – Détermination des garanties.....	22
Article 26 – Exclusions.....	22
Article 27 – Fonctionnement du Fonds de solidarité.....	23
Article 28 – Services associés	23
Article 29 – Soins effectués à l'étranger	23
Article 30 – Modalités de calcul des prestations.....	23
Article 31 – Modalités de règlement des prestations	24
ANNEXES	27
Annexe 1 – Garanties frais de santé.....	27
1) Modalités d'application des garanties	27
2) Tableaux des garanties	29
Annexe 2 – Coordonnées des organismes assureurs.....	38

PREAMBULE

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

Les présentes Conditions Générales précisent les modalités de mise en œuvre du régime. Par ailleurs, soucieux d'assurer une mutualisation du régime et un niveau élevé de garanties, les partenaires sociaux 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.

L'ensemble des contrats d'assurance souscrits au titre du régime conventionnel collectif et obligatoire « R1 » (y compris adhésions facultatives), par les entreprises au titre du contrat cadre, constituent un périmètre de mutualisation des résultats, présenté dans le Protocole Technique et Financier.

L'ensemble des contrats d'assurance souscrits en complément du régime de base « R1 » et des options « R2 » et « R3 » font également l'objet d'un périmètre de mutualisation des résultats entre eux.

CHAPITRE 1 - Dispositions Générales

Article 1 – Objet du contrat

Les présentes Conditions Générales forment, avec les Conditions Particulières, le Certificat d'Adhésion ou **la Demande d'Adhésion qui s'y rapportent, le Contrat collectif à adhésion obligatoire.** Ce contrat présente également des garanties à adhésion facultative. Il est souscrit par l'Employeur dans le but de mettre en place une couverture Frais de santé au bénéfice de ses salariés.

Ce contrat collectif est régi par les dispositions :

- du Code de la Mutualité et notamment son Livre II ;
- du Code de la Sécurité sociale ;

Il est établi dans le respect des conditions légales et réglementaires de mise en œuvre des régimes collectifs et obligatoires, notamment les articles L.911-1 et L.242-1 du Code de la Sécurité Sociale, permettant à l'entreprise souscriptrice de bénéficier d'avantages fiscaux et sociaux. Il est exclusivement soumis à la loi française.

Article 2 – Nature des garanties

Le présent Contrat collectif et obligatoire a pour objet de garantir aux salariés, dans les conditions prévues par l'accord du 06 novembre 2015 de la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005, le remboursement total ou partiel des frais médico-chirurgicaux occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en complément des prestations versées par les Organismes d'Assurance maladie.

En complément des garanties prévues par l'avenant n°2 du 10 septembre 2019 à l'accord du 06 novembre 2015 de la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005, les partenaires sociaux de la branche du Sport ont également négocié des options qui sont déterminées dans le Contrat cadre. Ces options pourront être souscrites par l'Employeur à titre obligatoire (pour ses Salariés) ou par le Salarié à titre facultatif.

Article 3 – Intervenants au contrat

L'Employeur : la personne morale signataire des Conditions Particulières, du Certificat d'adhésion ou du Bulletin d'Adhésion liés aux présentes Conditions Générales.

Les Salariés : les Salariés inscrits à l'effectif de l'entreprise au moment de l'adhésion, affiliés à un Organisme d'Assurance maladie, les salariés embauchés postérieurement et dûment affiliés au présent Contrat ainsi que les anciens salariés bénéficiant du maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité, et du dispositif Loi Evin (Art.4 de la : loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989).

L'Organisme assureur : l'un des organismes assureurs labellisés par la branche et choisi librement par l'Employeur.

L'Organisme gestionnaire : dans le cadre de la délégation de gestion de l'organisme Assureur.

Article 4 – Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées dans le présent Contrat 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, du fait du Salarié ou, le cas échéant, de ses ayants 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 l'action du Salarié ou, le cas échéant, de ses ayants droit, contre l'Organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Salarié ou, le cas échéant, ses ayants droit, ou a été indemnisé par le Salarié ou, le cas échéant, ses ayants 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 le Salarié ou, le cas échéant, ses ayants droit en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation liée aux garanties souscrites à titre facultatif (couverture des ayants droit et/ou souscription des garanties optionnelles) ou le règlement de la prestation.

Article 5 – Fausse déclaration intentionnelle et Recours contre tiers

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.

Subrogation dans le recours contre les tiers responsables :

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'Organisme assureur est subrogé jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions du Salarié, ou, le cas échéant, de ses ayants droit contre les tiers responsables, conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, et l'article L. 931-11 du Code de la Sécurité sociale.

Subrogation à l'égard des caisses de Sécurité Sociale :

L'organisme assureur est subrogé de plein droit dans les droits et actions du Salarié, ou, le cas échéant de ses 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.

Article 6 – Protection des données à caractère personnel

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, règlementaires 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 Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

Article 7 – Réclamation et Médiation

Toute demande de réclamation pourra être adressée par l'Employeur, le Salarié ou, le cas échéant, ses 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 tel qu'il est déterminé aux Conditions Particulières, au Certificat d'Adhésion ou à la Demande d'Adhésion.

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 I^{er} 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.

Article 8 – 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.

CHAPITRE 2 - Exécution du Contrat

Article 9 – Présentation du Contrat

Au moment de son adhésion, l'Employeur met en place de manière obligatoire la base correspondant au régime conventionnel « R1 », éventuellement complété par les options « R2 » ou « R3 ».

Si les options n'ont pas été mises en place à titre obligatoire par l'Employeur, le Salarié a la possibilité d'y souscrire de manière facultative.

Seul le Salarié est couvert à titre obligatoire par l'Employeur. Les salariés souhaitant couvrir leurs ayants droit peuvent le faire à titre facultatif dans les conditions précisées à l'article 12.2.

Article 10 – Adhésion au Contrat

Peuvent adhérer auprès de l'un des Organismes assureurs labellisés les entreprises et associations relevant de la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005.

L'adhésion au présent Contrat est formalisée au moyen des Conditions Particulières, du Certificat d'Adhésion ou de la Demande d'Adhésion.

Article 11 – Vie du contrat

Article 11.1 - Date d'effet du Contrat

Le présent Contrat conclu entre l'Employeur et l'Organisme assureur prend effet à la date fixée aux Conditions Particulières, au Certificat d'Adhésion ou à la **Demande d'Adhésion** émis par l'Organisme assureur après adhésion de l'Employeur.

Article 11.2 - Durée du Contrat

Le Contrat est conclu pour une année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année.

Il est ensuite tacitement reconduit au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties au présent Contrat selon les modalités prévues à l'article 11.5 des présentes Conditions Générales.

Article 11.3 - Modification et résiliation des garanties optionnelles

A. Modification du niveau de garanties par l'Employeur

Chaque année, l'Employeur a la possibilité de modifier les garanties souscrites au moment de son adhésion en :

- souscrivant l'une des options à titre obligatoire pour ses salariés ;
- modifiant, à la hausse ou à la baisse, l'option souscrite à titre obligatoire pour ses salariés.

Toute demande de souscription ou de modification des garanties optionnelles est formalisée par la signature d'un nouveau Bulletin d'Adhésion ou par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception devant être adressé à l'Organisme assureur avant le 31 octobre de l'année en cours.

La demande de souscription ou de modification sera alors effective au 1^{er} janvier de l'année suivante. En cas de modification des garanties, la cotisation sera ajustée en conséquence.

La souscription ou la modification de l'option est contractualisée par l'émission de nouvelles Conditions Particulières ou d'un avenant au présent contrat, **la souscription d'une nouvelle Demande d'Adhésion** ou l'émission d'un nouveau Certificat d'Adhésion ou l'émission d'un bulletin de modification.

B. Résiliation des garanties optionnelles mises en place à titre obligatoire

Les garanties optionnelles peuvent être résiliées annuellement par l'Employeur par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés avant le 31 octobre de l'année en cours.

La résiliation sera alors effective au 1er janvier de l'année suivante.

Article 11.4 - Révision du Contrat

Les garanties et les cotisations telles qu'elles sont définies dans le présent Contrat ont été négociées par les partenaires sociaux de la branche du Sport.

Les Organismes assureurs labellisés s'engagent donc à réviser le présent Contrat par voie d'avenant dans le cas où le régime conventionnel Frais de santé de la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005 venait à évoluer.

Par ailleurs, en cas d'évolution des dispositifs légaux et réglementaires sur lesquels est fondé le régime Frais de santé de la branche du Sport, il est prévu que le présent Contrat sera adapté aux nouvelles dispositions en vigueur.

Dans le cas où de telles évolutions législatives ou réglementaires nécessiteraient l'aménagement du présent Contrat, les Organismes assureurs labellisés proposeront par voie d'avenant les aménagements nécessaires à sa mise en conformité.

Article 11.5 - Cessation du Contrat

Le présent Contrat cesse en cas de :

- cessation d'activité de l'Employeur ;
- résiliation du présent Contrat par l'Employeur ou l'Organisme assureur pouvant avoir lieu :
 - ✓ à la demande de l'Employeur :
 - tous les ans (échéance annuelle du 31 décembre), par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception sous réserve du respect d'un préavis de deux mois, avant la date d'échéance ;
 - à compter de l'entrée en vigueur de la loi n° 2019-733 du 14/07/2019 et au plus tard au 01/12/2020, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première adhésion, la résiliation prenant effet un mois après que l'organisme assureur en ait reçu notification (selon les modalités du texte réglementaire d'application à venir) ;
 - ✓ à la demande de l'organisme assureur :
 - tous les ans (échéance annuelle du 31 décembre), par lettre recommandée avec avis de réception sous réserve du respect d'un préavis de deux mois, avant la date d'échéance ;
 - à l'issue du délai de préavis de deux mois, lorsque l'Employeur ne relève plus de la Convention Collective Nationale du Sport en raison, notamment, de l'application d'une nouvelle convention collective (en tout état de cause, le contrat pourra être maintenu jusqu'à l'expiration du délai d'un an prévu à l'article L 2261-14 du Code du travail) ;
 - en cas de non-acceptation par l'Employeur de la révision prévue à l'article 11.4 « Révision du contrat » des présentes Conditions Générales ;
 - à tout moment, à l'issue de la procédure prévue en cas de défaut de paiement des cotisations définie à l'article 23 « non règlement des cotisations » des Conditions Générales.

En cas de cessation du présent Contrat, les Salariés et, le cas échéant, leurs ayants droit, perdent le bénéfice des garanties prévues par celui-ci, sous réserve des dispositions prévues à l'article 16.1.

En cas de résiliation du Contrat cadre établi entre les partenaires sociaux de la branche du Sport et les Organismes assureurs labellisés, par l'Organisme assureur, celui-ci sera tenu d'informer les employeurs adhérents et les parties prenantes au contrat cadre de la résiliation de ce contrat cadre au moins 3 mois avant la date d'effet de ladite résiliation, afin que ceux-ci puissent résilier leur contrat d'assurance s'ils le souhaitent.

CHAPITRE 3 - Affiliation au Contrat

Article 12 – Affiliation aux garanties souscrites par l'Employeur

Article 12.1 - Modalités d'affiliation à titre obligatoire des Salariés

Tous les Salariés sont couverts de manière obligatoire par les garanties souscrites par l'Employeur.

L'affiliation des Salariés passe par la signature d'un Bulletin Individuel d'Affiliation ou d'une Déclaration d'Affiliation.

A. Prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation du Salarié prend effet :

- à compter de la date d'adhésion de l'Employeur au présent Contrat ;
- à compter de sa date d'entrée dans les effectifs de l'Employeur lorsque le Salarié est embauché postérieurement à la date d'effet de l'adhésion de l'Employeur au présent Contrat,
- à compter de la date à laquelle il ne bénéficie plus d'une dispense d'affiliation telle que définie dans l'accord du 06/11/2015 de la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005 et à l'article D. 911-2 du Code de la sécurité sociale.

L'Employeur s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs satisfaisant aux conditions précitées. Les salariés engagés postérieurement à la date de prise d'effet du Contrat conclu par l'Employeur sont affiliés dès lors qu'ils répondent aux conditions définies ci-dessus, sous réserve d'avoir été déclarés auprès de l'organisme assureur dans les trois mois suivant la date d'embauche. Au-delà de ce délai, les salariés ne sont affiliés qu'à compter de la date de réception de cette déclaration. Chaque salarié ou ancien salarié dûment affilié acquiert la qualité de « Membre participant » de l'organisme assureur partie aux Conditions Particulières, Certificat d'Adhésion ou Demande d'adhésion joints, dont relève la Personne morale au sein de laquelle il est salarié.

B. Exception

L'obligation d'affiliation des Salariés au présent Contrat s'entend sous réserve des cas de dispenses prévus dans l'accord du 06/11/2015 de la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005 et à l'article D. 911-2 du Code de la sécurité sociale.

La mise en œuvre de l'un des cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse auprès de l'Employeur formulée par le Salarié concerné qui devra, le cas échéant, produire toute pièce lui permettant de justifier que sa situation correspond à l'un des cas de dispense d'affiliation mis en place par l'accord du 06/11/2015 de la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005 et par l'article D. 911-2 du Code de la sécurité sociale.

Cette demande doit comprendre la mention selon laquelle l'Employeur a informé le Salarié des conséquences de son choix.

Le Salarié ne bénéficie plus de la dispense d'affiliation :

- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions ouvrant droit au bénéfice de l'une des dispenses d'affiliation définies ci-dessus ;
- à la date à laquelle il souhaite renoncer à sa dispense d'affiliation, à condition d'en faire la demande par écrit à son Employeur.

Dès lors que les conditions ayant justifié les dispenses d'affiliation cessent, ou en l'absence de justificatifs, les salariés concernés devront alors être obligatoirement affiliés au Contrat, selon les modalités légales ou conventionnelles en vigueur ou définies dans l'acte fondateur instituant le régime au niveau de l'Employeur, à compter du premier jour du mois civil suivant la modification de leur situation.

Article 12.2 - Modalités d'affiliation à titre facultatif des ayants droit

Les Salariés souhaitant couvrir leurs ayants droit à titre facultatif peuvent le faire au moyen d'un **Bulletin Individuel d'Affiliation ou d'une Déclaration d'Affiliation.**

Les ayants droit bénéficient obligatoirement des mêmes garanties que celles dont bénéficient les

Salariés.

A. Définition des ayants droit

On entend par ayant droit :

- Le conjoint non divorcé ni séparé de corps judiciairement du Salarié.

Sont assimilés au conjoint :

- o la personne liée au Salarié par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- o 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 :
 - o jusqu'à 18 ans sans conditions ;
 - o jusqu'à 27 ans sous réserve de poursuite d'études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation) ou inscrits à l'Assurance chômage non indemnisés ;
 - o 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 des ayants droit doivent être obligatoirement fournies lors de leur demande d'affiliation par le Salarié.

B. Prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation des ayants droit prend effet :

- à la date de prise d'effet de l'affiliation du Salarié au présent Contrat si la demande se fait simultanément ;
- au 1^{er} jour du mois qui suit la réception du Bulletin Individuel d'Affiliation ou de la Déclaration d'Affiliation, si la demande se fait ultérieurement ;
- à la date de modification de la situation familiale du Salarié (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 ses ayants droit à titre facultatif engage le Salarié pour une durée minimale d'une année civile, sous réserve des cas de cessation anticipée prévus ci-dessous.

C. Cessation de l'affiliation de l'ayant droit

Le Salarié peut dénoncer chaque année l'affiliation de l'un ou de ses 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 1^{er} janvier de l'année suivante.

Si l'ayant droit du Salarié vient à bénéficier, par ailleurs, d'une couverture à titre obligatoire, le Salarié pourra 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 son 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 cette demande par l'Organisme assureur.

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

Article 13 – Affiliation à titre facultatif aux garanties optionnelles

Article 13.1 Principe

Le Salarié a la possibilité d'améliorer pour lui-même et, le cas échéant, pour ses ayants droit, le niveau de garanties souscrit par l'Employeur en demandant son affiliation à titre facultatif à une garantie optionnelle.

Le choix retenu par le Salarié pour lui-même, s'imposera d'office à ses ayants droit s'il a choisi de les couvrir de manière facultative.

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

Article 13.2 - Prise d'effet

L'affiliation aux garanties optionnelles prend effet :

- à la date de prise d'effet de l'affiliation obligatoire du Salarié au présent Contrat, si la demande se fait simultanément ;
- au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception du Bulletin Individuel d'Affiliation ou de la Déclaration d'Affiliation, si la demande se fait ultérieurement.

Article 13.3 - Modification des garanties

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 14/07/2019 et au plus tard au 01/12/2020, 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.

Article 13.4 – Dénonciation

Le salarié peut dénoncer chaque année la garantie optionnelle souscrite, par demande écrite ou envoi recommandé électronique adressés à l'Organisme assureur ou au Gestionnaire, 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 résiliation 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 résiliation prend effet un mois après que 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 le salarié a bénéficié des garanties du contrat.

CHAPITRE 4 - Ouverture, suspension, maintien et cessation des garanties

Article 14 – Date d'entrée en vigueur des garanties

Les garanties du présent Contrat prennent effet pour le Salarié et, le cas échéant, pour ses ayants droit, à la date de prise d'effet de leur affiliation tels que prévus aux articles 12 et 13.2 des présentes Conditions Générales.

Article 15 – Cessation de l'affiliation et des garanties

L'affiliation au présent Contrat cesse :

- à la date de liquidation de la pension de retraite auprès de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse par le Salarié, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur ;
- à la date de rupture du contrat de travail du Salarié (au terme du préavis, effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties prévu à l'article 16 ;
- à la date du décès du Salarié ;
- pour les ayants droit, dès lors qu'ils ne répondent plus à la définition fixée à l'article 12.2 des présentes Conditions Générales ;
- en tout état de cause, à la date de résiliation du présent Contrat par l'Organisme assureur ou par l'Employeur.

La cessation de l'affiliation entraîne la cessation des garanties mises en œuvre au bénéfice du Salarié et, à la même date, la cessation de l'affiliation de ses éventuels ayants droit ainsi que la cessation des garanties optionnelles éventuellement souscrites par le Salarié.

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 l'affiliation du Salarié due à la cessation de son contrat de travail, pour quelque motif que ce soit, l'Employeur est tenu d'en informer l'Organisme assureur.

Article 16 – Maintien des garanties

Article 16.1 - Maintien des garanties pour les anciens Salariés indemnisés par Pôle emploi

En application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, les Salariés et, le cas échéant, leurs ayants droit, bénéficient du maintien temporaire à titre gratuit de la couverture prévue par le présent Contrat en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

- maintien de garanties applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite 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 ;
- maintien de garanties subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts par le Salarié auprès de l'Employeur ;
- maintien 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) ;
- maintien de garanties subordonné à la justification par l'ancien Salarié auprès de l'Organisme assureur, de son 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 fondée à refuser le versement de la prestation demandée ou à en demander le remboursement si des prestations ont déjà été versées.

L'employeur est tenu de signaler le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et devra informer l'Organisme assureur de la cessation du contrat de travail du Salarié.

Le mécanisme de portabilité est financé par la mutualisation.

Par conséquent, aucune contrepartie de cotisation ne sera demandée à l'ancien Salarié bénéficiant du maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité.

Le maintien des garanties est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du Salarié qui bénéficient effectivement des garanties du présent Contrat à la date de cessation du contrat de travail.

Article 16.2 - Maintien des garanties à titre individuel

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

- 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 des garanties prévu à l'article 16.1 des conditions générales.
- 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 mentionnés ci-dessus 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 sera fixée conformément à la réglementation en vigueur.

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

Le bénéficiaire de ce maintien individuel et facultatif a la possibilité de résilier sa 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).

Article 17 – Suspension du contrat de travail

Article 17.1 - 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 du contrat de travail. Parallèlement, le Salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

Ce maintien dans les conditions visées ci-dessus est également applicable aux ayants droit du Salarié bénéficiaire, dans le cadre d'une extension facultative du régime obligatoire et, le cas échéant, d'une des couvertures optionnelles. Le Salarié doit, le cas échéant, acquitter l'intégralité de la ou des cotisations afférentes au paiement des extensions facultatives.

Article 17.2 - Suspension du contrat de travail non indemnisée

Dans les autres cas de suspension du 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.), les Salariés ne bénéficient pas du maintien du présent Contrat.

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise et s'achève dès la reprise effective du travail par le Salarié au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Organisme assureur en soit informé dans les trois mois qui suivent 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 au titre du Salarié concerné et de ses éventuels ayants droit, et les frais médicaux engagés durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent Contrat.

Les Salariés pourront toutefois continuer à bénéficier des garanties prévues dans le cadre du présent Contrat durant la période de suspension de leur contrat de travail, sous réserve de s'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.

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le Salarié auprès de l'Organisme assureur.

CHAPITRE 5 - Obligations des parties

Article 18 – Obligations de l'Organisme Assureur

Article 18.1 - Etablissement de la Notice d'Information

Conformément à l'article 12 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », l'Organisme assureur s'engage à établir une Notice d'information qui définit les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Cette Notice d'information précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription pour agir.

Article 19 – Obligations de l'Employeur

Article 19.1 - Remise de la Notice d'Information aux Salariés

L'Employeur est tenu de remettre un exemplaire de la Notice d'information établie par l'Organisme assureur à chaque Salarié affilié au présent Contrat et de conserver la preuve de cette remise.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Salariés et qu'une nouvelle Notice d'information ou un additif est établi par l'Organisme assureur, l'Employeur est également tenu d'en informer les Salariés affiliés et de leur remettre ladite Notice d'information actualisée.

Pour les affiliations à titre facultatif des ayants droit et/ou à une garantie optionnelle, le Salarié peut dénoncer son affiliation et celle de ses ayants droit, en raison de ces modifications, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception adressés dans le délai d'un mois suivant la réception de la nouvelle notice d'information ou de l'additif à la notice d'information.

L'Employeur est seul responsable à l'égard du Salarié en l'absence de remise de la Notice d'information.

Article 19.2 – Transmission des Bulletins à l'Organisme assureur

L'employeur s'engage à faire parvenir à l'Organisme assureur :

- Lors de la souscription :
 - Les Bulletins Individuels d'Affiliation (BIA) dûment remplis et signés par chaque salarié.
- En cours de contrat :
 - Les BIA des nouveaux salariés embauchés, dûment remplis et signés,
 - Les BIA modificatifs.

Article 19.3 - Mise à jour des effectifs

L'Employeur communique à l'Organisme assureur les entrées et sorties de personnel au sein des effectifs ainsi que les dates y afférant, selon la périodicité retenue par l'Organisme assureur.

Pour les sorties d'effectifs, l'Employeur devra également renseigner le motif de départ.

Article 19.4 – Changement de situation de l'Employeur

En cas de survenance de l'un des événements suivants, l'Employeur (ou le cas échéant son mandataire) s'engage à en informer l'organisme assureur dans un **délai de 15 jours** :

- cession d'activité : à compter de la décision définitive de la cession d'activité par l'organe compétent de l'Employeur ;
- cessation d'activité : à compter de la décision définitive de cessation d'activité par l'organe compétent de l'Employeur ;
- dépôt de bilan : à compter de la date de la déclaration de cessation des paiements par l'Employeur auprès du greffe du tribunal compétent ;
- redressement judiciaire : à compter de la date du jugement d'ouverture de la procédure de redressement judiciaire ;

- liquidation judiciaire : à compter de la date du jugement d'ouverture de la procédure de liquidation judiciaire.

Article 20 – Obligations du Salarié

En cas de modification de sa situation ayant des conséquences sur son affiliation au régime complémentaire souscrit de manière obligatoire par l'Employeur ou en cas de demande d'ouverture, de modification ou de résiliation des garanties facultatives (couverture des ayants droit ou souscription/modification des options), le Salarié est tenu de s'adresser directement auprès de l'Organisme assureur.

CHAPITRE 6 - Cotisations

Article 21 – Taux et montant des cotisations

Le financement des garanties du présent 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.

Le taux de la cotisation est indiqué aux Conditions Particulières, au Certificat d'Adhésion ou à la Demande d'Adhésion.

Il est convenu entre les partenaires sociaux et les organismes assureurs labellisés de gérer les paramètres du régime afin qu'il reste à l'équilibre. Si des modifications sont apportées, elles seront formalisées par voie d'avenant au présent Contrat.

Par ailleurs, pour les entreprises dont le nombre de bénéficiaires de la portabilité augmente de 50% sur une période de 3 à 6 mois, y compris en dehors de toute procédure collective, l'Organisme assureur se réserve le droit d'appeler une cotisation supplémentaire en cours d'année auprès de l'Employeur, sous forme de versement unique, permettant le financement de la portabilité visée à l'article 16.1 des présentes Conditions Générales.

Article 22 – Modalités de règlement des cotisations

Article 22.1 - Garanties souscrites par l'Employeur

Les garanties obligatoires sont mises en œuvre en contrepartie d'une cotisation « salarié isolé ». Cette dernière est co-financée a minima à hauteur de 50 % par l'Employeur.

Les cotisations sont payables, par l'Employeur, trimestriellement à terme échu dans les quinze premiers jours de chaque échéance ou selon les modalités spécifiques prévues aux Conditions particulières, au Certificat d'Adhésion ou à la Demande d'Adhésion.

L'Employeur est le seul débiteur des cotisations. A ce titre, elle procède elle-même à leur calcul et à leur versement à l'échéance prévue.

Article 22.2 - Couverture à titre facultatif des ayants droit

La couverture facultative des ayants droit est entièrement à la charge du Salarié en contrepartie du paiement :

- d'une cotisation « conjoint » pour le conjoint du Salarié tel que défini à l'article 12.2 des présentes Conditions Générales (cotisation additionnelle facultative) ;
- d'une cotisation « enfant » pour les enfants tels que définis à l'article 12.2 des présentes Conditions Générales (cotisation additionnelle facultative par enfant, gratuite à compter du 3^{ème} enfant).

Cette cotisation est directement prélevée mensuellement d'avance sur le compte bancaire du Salarié dans les quinze premiers jours de chaque mois civil, ou selon les modalités spécifiques prévues sur le Bulletin Individuel d'Affiliation ou sur la Déclaration d'Affiliation.

Article 22.3 - Garanties optionnelles souscrites à titre facultatif

La cotisation additionnelle servant au financement des garanties facultatives souscrites par le Salarié en option 1 ou 2 pour lui-même et ses éventuels ayants droit est entièrement à sa charge.

Cette cotisation est directement prélevée mensuellement d'avance sur le compte bancaire du Salarié dans les quinze premiers jours de chaque mois civil, ou selon les modalités spécifiques prévues sur le Bulletin Individuel d'Affiliation ou sur la Déclaration d'Affiliation.

Article 23 – Non-règlement des cotisations

Article 23.1 - Possibilité pour l'Organisme assureur de résilier le Contrat

A. Au titre des garanties souscrites à titre obligatoire par l'Employeur

L'article L. 221-8 du Code de la Mutualité et l'article L. 932-9 du Code de la Sécurité sociale prévoient qu'en cas de non-paiement des cotisations 10 jours après l'échéance, l'Organisme assureur pourra

envoyer, par lettre recommandée avec accusé de réception, une mise en demeure à l'Employeur.

Cette lettre l'informe notamment que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner la suspension, voire même la résiliation de la garantie.

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

La garantie pourra alors être résiliée 10 jours après la suspension, soit 40 jours après l'envoi de la mise en demeure, comme le prévoit l'article L. 221-8 du Code de la mutualité et l'article L. 932-9 du Code de la Sécurité sociale.

Sauf décision différente de l'Organisme assureur, le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance durant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

En application de l'article L. 221-8 du Code de la mutualité, et de l'article L.932-9 du Code de la Sécurité sociale, le Salarié est informé que le défaut de paiement par l'Employeur est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

B. Au titre des garanties souscrites à titre facultatif par le Salarié

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

Cette lettre informe notamment le Salarié 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.221-8 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.

La garantie non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où a été payée la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Article 23.2 - Majorations de retard

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

Les majorations de retard dues au titre des garanties souscrites à titre obligatoire seront à la charge exclusive de l'Employeur.

Article 24 – Régularisation des cotisations versées

A partir des données concernant les effectifs communiqués par l'Employeur à l'Organisme assureur, une régularisation des cotisations versées sera effectuée par l'Organisme assureur. Cette régularisation se fera selon la périodicité retenue par l'Organisme assureur.

CHAPITRE 7 - Garanties

Article 25 – Détermination des garanties

Les niveaux de garanties sur lesquels porte l'engagement de l'Organisme assureur sont conformes à l'avenant n°2 du 10 septembre 2019 à l'accord du 06/11/2015 de la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005 et aux options négociées par les partenaires sociaux.

Le détail de ces prestations est présenté en annexe aux présentes Conditions Générales.

Article 25.1 - Dispositions relatives au « Contrat responsable »

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.

Article 25.2 - Dispositions relatives au « Panier de soins minimum »

L'accord du 06 novembre 2015 de la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005 a été conclu dans l'optique de se mettre en conformité avec les dispositions de la loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

Dans ce contexte, des garanties minimales ont été fixées par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014, modifié par le Décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019.

Le régime Frais de santé mis en place par l'accord du 06/11/2015 de la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005 respecte les minimas de garanties définis par ces décrets.

Article 26 – Exclusions

Sont exclues des garanties, les demandes de remboursement de prestations liées aux événements suivants :

- a) 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.

b) 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.

Article 27 – Fonctionnement du Fonds de solidarité

Comme le prévoit l'accord du 06 novembre 2015 de la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005, la fraction de cotisation consacrée au financement de prestations à caractère non directement contributif sera affectée à un fonds dédié à cet effet.

L'utilisation de cette contribution est conforme aux dispositions dudit accord et de l'avenant n°2 du 10 septembre 2019 et est contrôlée par la Commission Paritaire Nationale Santé.

Le Fonds social 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 Paritaire Nationale Santé.

Article 28 – Services associés

L'Organisme assureur choisi par l'Employeur met à la disposition du Salarié et, le cas échéant, de ses 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.

Article 29 – Soins effectués à l'étranger

Les garanties prévues par le présent 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 français et sont versées en euros.

Lorsque ces soins ne correspondent pas à des actes remboursés par les Organismes d'Assurance Maladie français 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.

Article 30 – Modalités de calcul des prestations

Article 30.1 - 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.

Article 30.2 - Modalités spécifiques en cas de garanties de même nature contractées auprès d'un autre Organisme assureur

Le Salarié bénéficiant par ailleurs d'une couverture Frais de santé à titre individuel a la possibilité de faire intervenir l'Organisme assureur de son choix en premier niveau de remboursement complémentaire.

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

La contribution de chacun d'eux 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, il devra produire les justificatifs de remboursement de l'organisme assureur intervenant en premier niveau de remboursement complémentaire.

Article 30.3 - 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.

Article 31 – Modalités de règlement des prestations

Article 31.1 – 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 lors de l'affiliation de la part du Salarié, ou le cas échéant, de son ayant 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 le Salarié ou le cas échéant, son ayant droit, a refusé la télétransmission.

Les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du Salarié ou, le cas échéant, de son ayant droit couvert à titre facultatif.

Lors de l'affiliation, le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit couvert, fournit les documents (nécessaires au versement des prestations) demandés par l'Organisme assureur sur le Bulletin Individuel d'Affiliation ou sur la Déclaration 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, et L. 932-13 du Code de la Sécurité, le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit, produisent leurs 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, comme le prévoit l'article 30.2 du présent Contrat, le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit devra 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 présent Contrat.

Article 31.2 - 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 directement au Salarié ou, le cas échéant, à son ayant droit par virement sur son compte bancaire ;
- soit aux professionnels de santé si le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit a fait usage du Tiers payant.

Article 31.3 - Frais supplémentaires

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

Article 31.4 - Tiers payant

Pour faciliter l'accès aux soins, l'Organisme assureur a signé directement ou par l'intermédiaire de groupements dont il utilise les services, des conventions de tiers payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé.

L'organisme assureur assure ainsi directement, dans la limite des garanties souscrites, la prise en charge des frais engagés par le Salarié ou, le cas échéant, par ses ayants droit.

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, ce bénéficiaire est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par l'Organisme assureur ou par l'organisme gestionnaire pour le compte de l'Organisme assureur.

Article 31.5 - Date des soins

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.

Article 31.6 - Contrôle

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.

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 le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit n'a pas entamé son forfait optique « verres et monture » avant ce changement de formule, il bénéficiera 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				
<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'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 Cambacérès – 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

<p>APREVA MUTUELLE <i>Groupe AÉSIO</i></p>	<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 	<p>APREVA MUTUELLE - 30 avenue Denis Cordonnier - 59000 LILLE</p>
<p>EOVI MCD MUTUELLE <i>Groupe AÉSIO</i></p>	<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 	<p>EOVI MCD MUTUELLE - 173 rue de Bercy - CS 31802 - 75584 PARIS Cedex 12</p>