

**CONVENTION COLLECTIVE  
NATIONALE DU SECTEUR SANITAIRE,  
SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL  
DU 26 AOÛT 1965**

**CONDITIONS GÉNÉRALES**

**RÉGIME COMPLÉMENTAIRE SANTÉ FACULTATIF  
ENSEMBLE DU PERSONNEL**

# SOMMAIRE

<b>PRÉAMBULE .....</b>	<b>3</b>
<b>TITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES .....</b>	<b>3</b>
Chapitre I. Objet, date d'effet, durée et reconduction du contrat .....	3
Chapitre II. Bénéficiaires .....	4
Chapitre III. Affiliation et prise d'effet des garanties .....	5
Chapitre IV. Suspension, maintien et cessation des garanties .....	6
Chapitre V. Obligations des parties .....	7
Chapitre VI. Cotisations .....	8
Chapitre VII. Sauvegarde, résiliation et contrôle.....	9
Chapitre VIII. Autres dispositions .....	10
<b>TITRE II. DÉFINITION DES GARANTIES ET PRESTATIONS « FRAIS DE SANTÉ ».....</b>	<b>13</b>
Chapitre IX. Étendue des garanties .....	13
Chapitre X. Modalités de calcul des prestations.....	15
Chapitre XI. Modalités de paiement des prestations .....	16
<b>ANNEXE I. TABLEAU DES GARANTIES.....</b>	<b>17</b>

# PRÉAMBULE

Par l'avenant 3-2019 du 4 décembre 2019 à l'accord collectif de la CCNT du secteur sanitaire social et médico-social du 26 août 1965, les partenaires sociaux ont instauré un nouveau régime mutualisé de remboursement complémentaire des dépenses de santé.

Ce régime est institué au profit du personnel visé (défini aux Conditions Particulières), inscrit aux effectifs des Entreprises relevant du champ d'application du dit avenant 3-2019.

Le niveau de garantie souscrit par l'Entreprise est défini aux Conditions Particulières.

Au-delà du régime de base conventionnel obligatoire pour le personnel visé, ce dernier a la possibilité, dans le cadre de l'opération collective à adhésion facultative souscrite par l'Entreprise :

- de couvrir ses ayants droit tels que définis dans les présentes Conditions Générales, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime de base conventionnel,
- de compléter le régime de base conventionnel avec deux niveaux de régime optionnel au choix pour le salarié et le cas échéant ses ayants droit, dès lors que ces couvertures n'ont pas été souscrites à titre obligatoire par l'Entreprise.

**Les présentes Conditions Générales associées aux Conditions Particulières obligatoirement jointes, organisent la mise en œuvre de ce Contrat dénommé « Contrat ».**

## TITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES

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

#### ARTICLE 1. Objet

L'opération collective à adhésion **facultative** est conclue entre :

- d'une part, l'Entreprise dont l'activité relève de **la CCNT du secteur sanitaire social et médico-social du 26 août 1965**, indiquée aux Conditions Particulières et ci-après dénommée « **Entreprise** »

- et d'autre part, l'un des « **Organismes assureurs** », recommandés par les partenaires sociaux de l'avenant 3-2019 du 4 décembre 2019, suivants :

• **soit ADREA Mutuelle**,

Membre du Groupe AESIO mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 311 799 878.

Siège social : 25, place de la Madeleine 75008 PARIS.

• **soit Harmonie Mutuelle**,

Mutuelle du Groupe VYV mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°538 518 473, n° LEI : 969500JLU5ZH89G4TD57.

Siège social : 143, rue Blomet – 75015 PARIS.

Le présent contrat est souscrit auprès de l'Organisme assureur librement choisi par l'Entreprise pour la souscription du Contrat relatif à l'opération collective à adhésion obligatoire.

L'Organisme assureur ainsi retenu est l'interlocuteur unique de l'Entreprise et des salariés ou des ayants droit des salariés, et est ci-après dénommé « l'organisme assureur », le cas échéant représenté par « l'organisme gestionnaire ».

Les présentes Conditions générales associées aux Conditions générales relatives à l'adhésion obligatoire constituent l'ensemble contractuel qui met en œuvre le régime frais de santé de l'avenant 3-2019 du 4 décembre 2019 à l'accord collectif de la CCNT du secteur sanitaire social et médico-social du 26 août 1965.

Le présent Contrat a pour objet de compléter les prestations en nature versées par la Sécurité sociale en remboursement, dans la limite des frais réellement engagés, des frais médico-chirurgicaux occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ainsi que les prestations prévues au titre du Contrat souscrites dans le cadre de l'opération collective à adhésion obligatoire, et ce, au profit des salariés qui ont librement choisi d'adhérer au présent Contrat, et, le cas échéant, leurs ayants droit.

Outre le remboursement des prestations médico-chirurgicales, les salariés et le cas échéant leurs ayants droit dûment affiliés bénéficient du tiers payant tel que décrit dans les présentes Conditions Générales et de l'accès aux œuvres sociales et services éventuellement proposés par l'organisme assureur auxquels ils sont affiliés.

## **En complément, les salariés et leurs ayants droit pourront bénéficier du Fonds de Solidarité mis en place par le régime interbranche.**

Les résultats de l'ensemble des contrats souscrits par les Entreprises de l'interbranche font l'objet d'une mutualisation dans le cadre d'une convention liant les Organismes assureurs qui précise les modalités d'établissement des comptes de cette mutualisation.

Seuls les comptes du périmètre global de la mutualisation sont communiqués aux Entreprises selon le format défini par la Commission Nationale Paritaire Technique de Prévoyance.

## **ARTICLE 2. DATE D'EFFET, DURÉE ET RECONDUCTION**

Le Contrat prend effet à la date fixée aux Conditions Particulières.

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

**Il est ensuite reconduit tacitement au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une ou l'autre partie selon les modalités définies à l'article 15 « Résiliation » des présentes Conditions Générales.**

Disposition Spéciale :

**En cas de révision l'avenant 3-2019 du 4 décembre 2019, sous réserve de la parution au Journal Officiel de l'arrêté d'agrément de l'avenant de révision entraînant, une modification du présent Contrat, notamment des taux de cotisation, celle-ci sera proposée sans délai et formalisée par un additif aux présentes Conditions Générales.**

## **CHAPITRE II. BÉNÉFICIAIRES**

**Les bénéficiaires du présent Contrat sont les salariés et le cas échéant les ayants droit ci-après :**

Membre participant :

Pour l'application du présent Contrat, il faut entendre par Membres participants, les bénéficiaires du Contrat visés dans le cadre de l'opération collective à adhésion obligatoire, à savoir les salariés visés **aux Conditions Particulières titulaires d'un contrat de travail ou d'apprentissage inscrits à l'effectif de l'Entreprise** à la date de prise d'effet du Contrat, ainsi que ceux embauchés postérieurement, sous réserve qu'ils soient affiliés au régime général, à la Mutualité Sociale Agricole ou au régime local Alsace Moselle de la Sécurité sociale, et qu'ils formulent leur demande d'affiliation dans les conditions définies à l'article 3 des présentes Conditions Générales.

Chaque salarié dûment affilié acquiert la qualité de « Membre participant » de l'Organisme assureur ou organisme gestionnaire partie aux Conditions Particulières ou au Bulletin Individuel d'Affiliation retourné, avec mention de l'accord de l'Organisme assureur sur l'acceptation de

l'affiliation, dont relève l'Entreprise dans laquelle il est salarié.

En outre, les ayants droit du Membre participant tels que définis ci-après peuvent bénéficier de l'affiliation au régime Frais de santé, au même niveau de garanties que le Membre participant, par le biais d'une adhésion facultative.

Ayant droit :

On entend par ayant droit du Membre participant :

• **son conjoint.**

Est assimilé au conjoint du membre participant :

• **son concubin.**

Est considérée comme concubin, la personne vivant en couple avec l'assuré dans le cadre d'une union de fait, au sens de l'article 515-8 du Code Civil, sous réserve qu'une période de vie commune d'une année puisse être attestée par le biais d'un justificatif (quittance de loyer, facture énergétique notamment) et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même.

La condition de durée précitée n'est toutefois pas exigée lorsqu'un enfant est né de cette union. L'organisme assureur ou gestionnaire peut, à tout moment, réclamer les justificatifs actualisés attestant de la vie commune du membre participant ;

• **son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).**

Est considérée comme partenaire de PACS, la personne ayant conclu avec l'assuré un contrat ayant pour but d'organiser leur vie commune, tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code Civil. Les signataires d'un PACS sont désignés par le terme de partenaires.

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

• **ses enfants**

Sont considérés comme ayants droit, les enfants du membre participant et ceux de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité :

• jusqu'à leur 18<sup>e</sup> anniversaire sans conditions

ou

• jusqu'à leur 26<sup>e</sup> anniversaire et, dans ce cas, s'ils sont :

○ demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi, dans la limite de 12 mois ;

○ en poursuite d'étude, en contrats d'apprentissage ou de professionnalisation ;

○ célibataires et rattachés fiscalement au foyer des parents.

ou

• quel que soit leur âge, les enfants en situation de handicap 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 L241-3 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 d'Adulte Handicapé).

**Les pièces justifiant de la qualité des ayants droit doivent être obligatoirement fournies lors de leur affiliation.**

## CHAPITRE III. AFFILIATION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

### ARTICLE 3. MODALITÉS D’AFFILIA- TION, PRISE D’EFFET, DURÉE ET RENONCIATION

#### 3.1 MODALITÉS D’AFFILIATION DU SALARIÉ ET PRISE D’EFFET

Le salarié exprime librement sa volonté d'être affilié au présent Contrat, et le cas échéant d'affilier ses ayants droit, pour le même niveau de garanties, sous réserve d'en formuler la demande lors de son affiliation au Contrat dans le cadre de l'opération collective à adhésion obligatoire.

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

Pour les salariés présents à l’effectif de l’Entreprise à la date d’effet du présent Contrat, les garanties prennent effet dès lors qu’ils ont exprimé leur volonté d’être affiliés par une adhésion facultative.

Pour les salariés embauchés postérieurement à cette date, les garanties prennent effet dès lors que celles prévues au Contrat dans le cadre de l’opération collective à adhésion obligatoire débutent et qu’ils ont exprimé leur volonté d’être affiliés par une adhésion facultative.

Dans tous les cas, l’affiliation prend effet après acceptation expresse de l’Organisme assureur formalisée par l’émission des Conditions Particulières, ou le cas échéant après avoir retourné le Bulletin Individuel d’Affiliation marquant son accord pour la prise d’effet des garanties et la date retenue. En tout état de cause, elles prennent effet sous réserve du paiement de la cotisation concernant les Membres participants, et le cas échéant leurs ayants-droit.

Par la suite, chaque salarié qui n’aurait pas choisi d’adhérer à la date d’effet du présent Contrat ou lors de son affiliation au Contrat dans le cadre de l’opération collective à adhésion obligatoire, conserve la possibilité d’adhérer au régime optionnel facultatif au 1<sup>er</sup> janvier de chaque exercice, sous réserve d’en formuler la demande par écrit, dans les conditions prévues au présent article, auprès de l’Organisme assureur ou gestionnaire dont relève son employeur, au plus tard le 31 octobre de l’exercice en cours, pour une prise d’effet au 1<sup>er</sup> janvier suivant.

Cependant, **en cas de changement de votre situation de famille ou de votre situation administrative**, vous avez la possibilité d’adhérer en cours d’année et d’affilier vos ayants droit en cours d’année, lors de la survenance de l’un des événements suivants :

- Mariage, divorce, conclusion ou dissolution d’un Pacte Civil de Solidarité (PACS), concubinage ou fin de concubinage,
- Naissance ou adoption d’un enfant, reconnaissance de paternité,

- Changement de situation professionnelle du conjoint, partenaire de PACS ou concubin entraînant l’adhésion,
- Décès d’un ayant droit.

La demande doit être adressée à l’Organisme assureur ou gestionnaire **dans les deux mois suivant la survenance de l’événement**, accompagnée des pièces justificatives nécessaires.

L’affiliation prendra alors effet dès le premier jour du mois suivant la réception de votre demande.

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

#### 3.2 MODALITÉS D’AFFILIATION DES AYANTS DROIT ET PRISE D’EFFET

Les ayants droit déclarés par le Membre participant en même temps que sa propre affiliation bénéficient des garanties à la même date d’effet.

En cas d’évènement conférant la qualité d’ayant droit au sens du Contrat, (mariage, pacs, naissance, ...), l’adjonction d’un nouvel ayant droit doit être formulée par le Membre participant par écrit à l’Organisme assureur ou gestionnaire au plus tard avant la fin du deuxième mois qui suit la date de survenance de l’évènement. Les garanties prennent effet à la date de survenance de l’évènement.

Dans tout autre cas, l’adjonction d’un ayant droit ne pourra donner lieu à garantie qu’à effet du 1<sup>er</sup> janvier de l’année, sous réserve d’être déclaré au plus tard le 31 octobre de l’année qui précède.

Le Membre participant peut demander la radiation d’un de ses ayants droit (lui-même et ses éventuels autres ayants droit restant garantis) à effet du 31 décembre de chaque année, en adressant sa demande à l’Organisme assureur par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception au moins deux mois avant cette date.

#### 3.3 CHANGEMENT DE RÉGIME OPTIONNEL

Le Membre participant a la possibilité de changer de formule de prestations au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sous réserve qu’il en fasse la demande au moins deux mois avant la fin de l’année civile, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception.

**Un tel changement ne peut toutefois intervenir qu’après 2 années civiles d’affiliation à l’une des formules.**

La condition de deux années n’est pas requise en cas de changement de situation de famille (mariage, divorce, PACS, concubinage, naissance ou adoption d’un enfant, décès du conjoint, concubin, pacsé...).

Dans ce cas, le changement interviendra le 1<sup>er</sup> jour du trimestre civil qui suit la réception de la demande, sous réserve qu’elle soit formulée dans les 30 jours suivant l’évènement.

### **3.4 FACULTÉ DE RENONCIATION**

Le Membre participant peut renoncer au bénéfice de son adhésion facultative, par lettre recommandée avec avis de réception ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception, pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'affiliation a pris effet.

La renonciation entraîne de plein droit la restitution par l'Organisme assureur de l'intégralité des cotisations versées par le Membre Participant dans un délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique, sous déduction des éventuelles prestations versées.

**La renonciation vaut tant pour le membre participant que pour ses ayants droit.**

### **3.5 RÉSILIATION DE L’AFFILIATION**

#### **a. Résiliation à l'échéance annuelle :**

Le Membre participant peut demander à résilier son affiliation au régime optionnel, en adressant à l'Organisme assureur une demande de résiliation par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours soit avant le 31 octobre conformément aux dispositions de l'article 15 des présentes Conditions Générales. La résiliation prendra effet le 31 décembre de l'année en cours.

**La résiliation vaut tant pour le Membre participant que pour ses ayants droit.**

#### **• Changement de situation de famille**

**En cas de changement de situation de famille**, le Membre participant a la possibilité de résilier son affiliation au présent Contrat, pour les mêmes motifs que ceux lui permettant de s'affilier en cours d'année. La demande du Membre participant doit être adressée à l'organisme assureur dans les deux mois suivant la survenance de l'événement, accompagnée des pièces justificatives nécessaires.

**La résiliation prendra alors effet rétroactivement à la date de l'événement, sous réserve qu'aucune prestation n'ait été versée.**

**La résiliation vaut tant pour le Membre participant que pour ses ayants droit.**

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

Par exception à ce principe et sous réserve que le présent contrat soit toujours en vigueur, une nouvelle affiliation pourra être acceptée par l'assureur :

- en cas de changement de situation de famille ou de chômage du conjoint, du partenaire de PACS ou du concubin dûment justifié,
- dans tous les autres cas, à condition que la radiation à l'affiliation précédente soit effective depuis plus de deux ans.

#### **b. Résiliation en raison de la modification des droits et obligations du Membre participant :**

**Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations du Membre participant, l'Entreprise est**

**tenue d'en informer chaque Membre participant en lui remettant une notice d'information établie à cet effet par l'organisme assureur.**

Tout Membre participant peut ainsi, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

**La dénonciation vaut tant pour le Membre participant que pour ses ayants droit.**

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

### **ARTICLE 4. SUSPENSION DES GARANTIES**

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des garanties, dans les conditions prévues à l'article 12 « Défaut de paiement des cotisations » des présentes conditions générales.

### **ARTICLE 5. MAINTIEN DES GARANTIES**

#### **5.1. MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL**

**La suspension des garanties prévues au Contrat dans le cadre de l'opération collective à adhésion obligatoire, entraîne la suspension des présentes garanties qui lui sont impérativement liées.**

**En cas de suspension du contrat de travail du membre participant donnant lieu à indemnisation** et maintien des garanties dans les conditions énoncées au Contrat dans le cadre de l'opération collective à adhésion obligatoire, les garanties sont maintenues dans le cadre du présent Contrat, pendant toute la durée de suspension du contrat de travail, **sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.**

**En cas de suspension du contrat de travail du membre participant excédant 1 mois continu et ne donnant lieu ni à maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ni à une indemnisation complémentaire** (indemnités journalières) dans les conditions énoncées au Contrat dans le cadre de l'opération collective à adhésion obligatoire, **les garanties du membre participant sont suspendues de plein droit, pour lui-même et ses ayants droit, à la date de la suspension du contrat de travail et aucune cotisation n'est due au titre du membre participant concerné (pour lui-même et ses ayants droit).**

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

Le membre participant dont la période de suspension du

contrat de travail ne donne pas lieu à maintien des garanties comme indiqué ci-dessus peut toutefois demander à bénéficiaire, à titre **facultatif**, du maintien des garanties décrites dans le Contrat, pour lui-même et ses ayants droit, conformément aux conditions définies en Annexe I-A du Contrat relatif à l'opération collective à adhésion obligatoire et **sous réserve du maintien des garanties dans le cadre dudit Contrat**.

La demande de maintien doit être faite par écrit auprès de l'organisme assureur ou gestionnaire au plus tard dans le mois suivant la date du début de suspension du contrat de travail et, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation.

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

## **5.2. ANCIENS SALARIÉS PRIVÉS D'EMPLOI ET INDEMNISÉS PAR PÔLE EMPLOI (PORTABILITÉ)**

En application de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, les anciens salariés bénéficient à titre gratuit du maintien des garanties collectives définies au Contrat, sous réserve qu'ils satisfassent aux conditions cumulatives suivantes :

- le contrat de travail doit avoir pris fin : l'ensemble des motifs de rupture du contrat de travail sont concernés à **l'exception du licenciement pour faute lourde** ;
- l'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme assureur ou gestionnaire sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties ;
- les droits à prestations doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur, c'est-à-dire qu'ils bénéficient, à la date de cessation de leur contrat de travail, du régime de frais de santé prévu aux présentes Conditions Générales.

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié et se prolonge pendant une durée égale à la période d'indemnisation 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 dernier employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (modification du niveau des prestations notamment) pendant la période de maintien des droits, seront opposables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires de la portabilité ainsi qu'à leurs ayants droit, le cas échéant, dès lorsqu'ils étaient bénéficiaires de l'extension facultative prévue au présent Contrat, à la date de cessation du contrat de travail.

## **ARTICLE 6. CESSATION DES GARANTIES**

**Sauf cas de maintien des garanties précisés ci-avant, les garanties du Contrat cessent :**

- en cas de non-paiement des cotisations, à l'issue de la procédure prévue à l'article 12 « Défaut de paiement des

cotisations » des présentes Conditions Générales ;

- à la date de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale du membre participant, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur ;
- à la date à laquelle le salarié visé ne remplit plus les conditions d'appartenance à la catégorie de personnel bénéficiaire ;
- à la date de cessation du contrat de travail du membre participant (au terme du préavis effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits ;
- à la date de résiliation de l'affiliation par le Membre participant effectuée dans les conditions prévues à l'article 3.4 « Faculté de renonciation » et 3.5 « Résiliation de l'affiliation » des présentes Conditions Générales ;
- au jour du décès du Membre participant, sous réserve des dispositions de l'article 4 de la loi Evin, en ce qui concerne les ayants droit.

La résiliation de l'adhésion est considérée comme définitive ;

- à la date de résiliation du présent Contrat ;
- pour les ayants droit, à la même date que la résiliation du membre participant, et antérieurement, à la date à laquelle ils ne répondent plus à la qualité d'ayants droit.

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

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

## **CHAPITRE V. OBLIGATIONS DES PARTIES**

### **ARTICLE 7. OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS**

L'affiliation du Membre participant ne pourra produire ses effets que dans la mesure où celui-ci remplit et signe un Bulletin Individuel d'Affiliation qui lui est remis, via l'Entreprise, par l'Organisme assureur. Sont indiqués sur ce document, les ayants droits déclarés par le Membre participant. Celui-ci adresse ce bulletin à l'Organisme assureur dont relève son Entreprise, soit lors de la prise d'effet du présent Contrat, soit lors de son entrée en fonction dans le cas d'une embauche postérieure à la date d'effet du Contrat, soit en cours d'année en cas de changement de situation familiale.

Dans ce cas, l'adjonction d'un nouvel ayant droit doit être formulée par le Membre participant par écrit à l'organisme assureur au plus tard avant la fin du deuxième mois qui suit la date de survenance de l'événement.

En outre, chaque membre participant est tenu, pour bénéficier des prestations définies au Contrat, de fournir

à l'organisme assureur ou gestionnaire toute déclaration et justificatifs nécessaires, notamment son attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) et un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN. Le salarié donne son accord ou non à la transmission automatique de ses décomptes par la Sécurité sociale à l'organisme assureur retenu (procédure Noémie).

Toute modification intervenant dans la situation personnelle du membre participant doit être formulée par écrit, en complétant un Bulletin Individuel de Modification, à l'organisme assureur ou gestionnaire par le biais de l'Entreprise.

## **ARTICLE 8. OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE**

### Changement d'activité

Dans le cas où l'Entreprise change d'activité, ne relève plus de la CCNT du secteur sanitaire social et médico-social du 26 août 1965, elle devra le notifier à l'organisme assureur ou gestionnaire par lettre recommandée avec avis de réception ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception au plus tard deux mois après ledit changement. Les organismes assureurs se réservent la possibilité de résilier le contrat selon les modalités prévues à l'article 15 « Résiliation » des présentes Conditions Générales.

### Information des membres participants

Les organismes assureurs s'engagent à établir une Notice d'information et tout additif nécessaire qui définissent les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

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

L'Entreprise est tenue de remettre à chaque membre participant un exemplaire de la Notice d'information établie par l'organisme assureur.

**Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres participants**, l'Entreprise est également tenue de les en informer en leur remettant une Notice dûment actualisée ou un additif établi à cet effet par les organismes assureurs et d'informer par écrit les membres participants des modifications apportées à leurs droits et obligations.

**La preuve de la remise de la Notice d'information au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au Contrat incombe à l'Entreprise.**

## **CHAPITRE VI. COTISATIONS**

### **ARTICLE 9. ASSIETTE DES COTISATIONS**

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

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

## **ARTICLE 10. STRUCTURES DE COTISATIONS**

La cotisation est fixée par **salarié isolé**.

Par ailleurs, si le Membre participant opte, de façon **facultative**, pour la couverture de ses ayants droit, une cotisation « **Conjoint/ Enfant** » est retenue en sus de la cotisation « **Salarié** ».

• Cotisation « **Conjoint ou assimilé** » qui couvre de façon **facultative**, le conjoint du Membre participant, ou à défaut son partenaire de PACS ou concubin, tels que définis au Chapitre II « Bénéficiaires » des présentes Conditions Générales ;

• Cotisation « **Enfant** » qui couvre de façon **facultative**, le(s) enfant(s) à charge, tels que définis au Chapitre II « Bénéficiaires » des présentes Conditions Générales (pas de cotisation additionnelle à compter du 3e enfant à charge).

L'affiliation du Membre participant entraîne l'affiliation à la même date de l'ensemble de ses ayants droit déclarés, tels que définis au Chapitre II « Bénéficiaires » des présentes conditions générales.

## **ARTICLE 11. PAIEMENT DES COTISATIONS**

Les garanties du Contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières.

Cette cotisation, en fonction du choix effectué par l'Entreprise lors de la souscription du présent Contrat, est payable :

- soit par le membre participant,
- soit par le souscripteur pour l'ensemble de la catégorie assurée (précompte).

### Remarque :

**En cas d'affiliation ou de sortie des effectifs d'un Membre participant, en cours de mois, la cotisation est prise en compte à la date d'affiliation ou de sortie des effectifs. La cotisation mensuelle sera due proportionnellement au nombre de jours réels de présence entre les entrées et les sorties ; la couverture des garanties suit cette même règle. Il est précisé que pour les salariés exerçant leur activité à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité.**

### 11.1. PAIEMENT DES COTISATIONS PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

Les cotisations afférentes à l'adhésion facultative du Membre participant et, le cas échéant, de ses ayants droit



sont payables par le membre participant, mensuellement, au terme prévu dans le document formalisant l'acceptation expresse de l'adhésion par l'organisme assureur.

Le paiement est effectué par prélèvement sur son compte bancaire par l'Organisme assureur ou gestionnaire.

## **12.2. PAIEMENT DES COTISATIONS PAR L'ENTREPRISE**

Dans le cas où le Souscripteur assure le précompte des cotisations, il est seul responsable de leur paiement en totalité et la cotisation est payable à l'échéance indiquée aux Conditions Particulières.

Elle est exigible le 10<sup>e</sup> jour suivant la date d'échéance avec ajustement en fin d'année s'il y a lieu.

## **ARTICLE 12. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS**

### **12.1. PAIEMENT DES COTISATIONS PAR LE MEMBRE PARTICIPANT**

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

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

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

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

### **12.2. PAIEMENT DES COTISATIONS PAR L'ENTREPRISE**

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

Dans cette lettre de mise en demeure, l'organisme assureur ou gestionnaire informe l'Entreprise des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties.

En cas de non-paiement des cotisations, trente jours après l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet, l'organisme assureur ou gestionnaire se réserve le droit de suspendre les garanties, la résiliation intervenant quarante jours après l'envoi de la mise en demeure.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai précité, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion des

garanties définies au présent Contrat.

## **ARTICLE 13. RÉVISION DES COTISATIONS**

Il est convenu entre les parties de gérer les paramètres du régime afin qu'il reste à l'équilibre.

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

A cette fin, les taux de cotisation sont indexés au 1er janvier de chaque année, sur le dernier indice de la Consommation Médicale Totale (CMT) connu.

Cette indexation ne dispense pas la Commission Nationale Santé et Prévoyance, dans l'hypothèse où les comptes de résultats sont déficitaires, de renégocier les conditions de retour à l'équilibre du Contrat.

Lorsque le risque se trouve aggravé du fait d'une sinistralité importante enregistrée au cours de l'année civile écoulée ou à la suite de nouvelles dispositions réglementaires ou législatives faisant évoluer notamment, les prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie, ou les impôts, taxes et contributions de toute nature, les Organismes assureurs peuvent proposer les mesures à prendre pour restaurer l'équilibre du Contrat, soit par la mise en place d'un nouveau taux de cotisation, soit par le réaménagement des garanties, soit les deux.

Ces mesures seront formalisées par voie d'avenant au Contrat.

## **CHAPITRE VII. SAUVEGARDE, RÉSILIATION ET CONTRÔLE**

### **ARTICLE 14. SAUVEGARDE DU CONTRAT**

Les garanties et les cotisations définies aux présentes Conditions Générales ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur à la date de signature l'avenant 3- 2019 du 4 décembre 2019 y compris le 100% santé.

Conformément à l'article 13 « Révision des cotisations » des présentes Conditions Générales, dans l'hypothèse d'une modification de quelque nature que ce soit de la réglementation applicable au contrat, notamment au regard de la fiscalité applicable, du traitement social des contributions employeur et plus généralement du droit de la Sécurité sociale, les engagements de l'organisme assureur ne pourront s'en trouver aggravés.

Elles seront formalisées par voie l'avenant 3-2019 du 4 décembre 2019 et la prise en compte des modifications se fera sous réserve de l'agrément de l'avenant modificatif.

Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions résultant desdits aménagements, les garanties resteront acquises sur la base des présentes Conditions Générales associées aux Conditions Particulières jointes, sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et d'application immédiate.

## **ARTICLE 15. RÉSILIATION**

La résiliation du Contrat relatif à l'opération collective à adhésion obligatoire emporte par voie de conséquence la résiliation des couvertures facultatives à la même date d'effet, dans les conditions de forme et délais rappelées ci-après.

Le Contrat peut notamment être résilié à la demande de l'Entreprise, à chaque échéance annuelle. Pour être recevable, la résiliation doit être notifiée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception au moins deux mois avant l'échéance annuelle, soit avant le 31 octobre précédant la date de renouvellement.

Seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité Sociale est antérieure à la date d'effet et de la résiliation pourront donner lieu à prise en charge.

Cependant, en cas de résiliation du présent contrat, l'Organisme assureur pourra proposer une couverture dans le cadre d'un contrat à adhésion individuelle.

Les conditions tarifaires appliquées seront celles du contrat proposé par l'Organisme assureur.

## **ARTICLE 16. ORGANISME DE CONTRÔLE DES ASSURANCES**

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) située au 4, place de Budapest CS 92459 — 75436 Paris Cedex 09.

## **CHAPITRE VIII. AUTRES DISPOSITIONS**

### **ARTICLE 17. PRESCRIPTION**

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'assuré, qu'à partir du jour où l'organisme assureur ou gestionnaire en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, qu'à partir du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent

qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Entreprise, du Membre participant contre l'Organisme assureur ou gestionnaire a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Entreprise, le Membre participant ou a été indemnisé par celui-ci.

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

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Organisme assureur ou gestionnaire à l'Entreprise, ou au Membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Entreprise ou par le Membre participant à l'Organisme assureur ou gestionnaire, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

### **ARTICLE 18. FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE**

Les déclarations faites, tant par l'Entreprise que par le Membre participant, servent de base à la garantie. L'organisme assureur ou gestionnaire peut à tout moment, faire procéder à la vérification sur place de l'exactitude des documents produits par l'Entreprise ou par le Membre participant, 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 membre participant, 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 Membre participant 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.

### **ARTICLE 19. SUBROGATION**

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

Le Membre participant ou ses ayants droit atteints d'une blessure imputable à un tiers doit en informer l'Organisme assureur ou gestionnaire lors de sa demande de prestation.

## ARTICLE 20. PROTECTION DES DONNÉES

### Comment et pourquoi sont utilisées les 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'Entreprise reconnaît avoir été informée par l'Organisme assureur ou gestionnaire, responsable du traitement des données à caractère personnel, que les données à caractère personnel du Membre participant sont collectées et traitées par les Organismes assureurs, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi nous utilisons :

- des données relatives à l'âge, à la situation familiale ou professionnelle, à la santé qui sont nécessaires pour l'étude des besoins et des profils afin de proposer des produits et des services adaptés, les données de santé ne sont collectées et traitées que pour les garanties santé et prévoyance ;
- les coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes de l'Organisme assureur ou gestionnaire de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos adhérents au travers de :

- la réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

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

Elles sont enfin traitées pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires de l'Organisme assureur, notamment :

- la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

L'Organisme assureur ou gestionnaire peut être amené à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à des obligations de conseil, de déterminer les garanties et prestations applicables et de proposer des contrats et produits adaptés.

Les données collectées au moyen d'un formulaire papier ou en ligne et signalées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat ; l'Organisme assureur ne sera pas en mesure de les mettre

en œuvre si ces informations sont mal renseignées.

Dans le cadre de la gestion du contrat, l'Organisme assureur ou gestionnaire est susceptible de recevoir des données à caractère personnel en provenance du souscripteur et des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Les données personnelles sont conservées pendant la durée du contrat et jusqu'à expiration des délais de prescription légale ou dans le respect des durées prévues par la CNIL. Cette durée de conservation est variable et dépend de la nature des données et de leur finalité de traitement.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec les bénéficiaires, aux membres de l'organisme assureur ou gestionnaire ou à ses sous-traitants qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, aux réassureurs du contrat.

### Quels sont les droits et comment les exercer ?

Les bénéficiaires qui ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, disposent du droit de s'opposer au démarchage téléphonique en entrant leurs numéros de téléphones fixes et/ou portables sur la liste d'opposition gratuite accessible via le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr). Leur inscription, valable pour une durée de 3 ans, sera effective à compter d'un délai de 30 jours après la confirmation de leur inscription.

Les Membres participants disposent d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement, d'opposition concernant leurs données, ainsi qu'un droit à la limitation du traitement dans les cas prévus par la loi. Les Membres participants 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 en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité) à :

#### **- pour ADREA Mutuelle**

- par courrier à :

ADREA Mutuelle – Groupe AÉSIO - Délégué à la Protection des Données 25 Place de la Madeleine - 75 008 Paris

- ou par mail à : [adrea.dpo@adreamutuelle.fr](mailto:adrea.dpo@adreamutuelle.fr)

#### **- pour Harmonie Mutuelle**

- par courrier à :

Harmonie Mutuelle – Service DPO

29 quai François Mitterrand – 44 273 Nantes Cedex 2

- ou par mail à : [dpo@harmonie-mutuelle.fr](mailto:dpo@harmonie-mutuelle.fr)

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 - 75334 PARIS.

L'Organisme assureur ou gestionnaire apporte la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si les bénéficiaires considèrent que le traitement des données les concernant constitue une atteinte à leurs droits, ils disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

## **ARTICLE 21. RÉCLAMATION ET LITIGE / MÉDIATION**

Toutes les demandes d'information relatives au contrat doivent être adressées au centre de gestion dont dépend le Membre participant.

Les réclamations concernant l'application du Contrat peuvent être adressées à l'Organisme assureur et/ou gestionnaire

### **- pour ADREA Mutuelle :**

- En cas de réclamation :

- par courrier à : ADREA MUTUELLE – Service Réclamations – 67 rue des Cras 25041 BESANCON Cedex,

- ou par mail à : [reclamations@adreamutuelle.fr](mailto:reclamations@adreamutuelle.fr)

- En cas de litige :

- 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](mailto:mediation@mutualite.fr)

### **- pour Harmonie Mutuelle :**

- En cas de réclamation : par courrier à : Service Qualité Relation Adhérents - CS 81021 – 49010 ANGERS CEDEX 01

- En cas de litige :

- par courrier à : Médiateur de la consommation auprès de la Mutuelle Harmonie Mutuelle, 4-6 rue Victor Massé – 56 100 LORIENT,

- ou à Centre de Médiation Médicys – 73 Boulevard de Clichy – 75 009 PARIS,

- ou par mail à : [mediation@harmonie-mutuelle.fr](mailto:mediation@harmonie-mutuelle.fr)

- ou sur le site internet : [mediation.harmonie-mutuelle.fr](http://mediation.harmonie-mutuelle.fr)

Le médiateur peut être saisi uniquement après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à chaque Organisme assureur ou gestionnaire, étant précisé que certains litiges ne relèvent pas de sa compétence (ex : les résiliations de contrat, les augmentations de cotisation ou encore les procédures de recouvrement).

# TITRE II. DÉFINITION DES GARANTIES ET PRESTATIONS « FRAIS DE SANTÉ »

## CHAPITRE IX. ÉTENDUE DES GARANTIES

### ARTICLE 22. NATURE DES GARANTIES ET PRESTATIONS

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

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

### ARTICLE 23. DISPOSITIF « CONTRAT RESPONSABLE »

Les prestations définies au Contrat s'inscrivent dans le cadre de la législation et de la réglementation sociale et fiscale relatives aux « contrats responsables », définis aux articles L871- 1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale et de la couverture minimale prévue aux articles L.911-7 et D.911-1 du Code de la sécurité sociale.

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

Conformément aux dispositions des textes précités :

#### a. Les exclusions de prises en charge :

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

- la majoration de la participation du membre participant prévue à l'article L162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et L.1111-15 du code de la santé publique (non désignation d'un médecin traitant ou consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) ;
- les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le membre participant consulte sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- la participation forfaitaire obligatoire prévue au II de l'article L 160-13 du Code de la Sécurité sociale fixée à 1 euro par consultation, acte médical ou de biologie. Toutefois, lorsque pour un membre participant, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée,

le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile ;

- la franchise forfaitaire obligatoire prévue au III de l'article L 160. 13 du Code de la Sécurité sociale, applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D 160. 9 du Code de la Sécurité sociale.

Ainsi toute contribution forfaitaire, franchise, majoration de participation ou autre mesure dont la prise en charge serait exclue par l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application ne sera pas remboursée au titre du Contrat.

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 l'article R.871- 2 du Code de la Sécurité Sociale.

**Au-delà des exclusions ci-dessus, l'Organisme assureur ne prend pas en charge au titre du présent contrat :**

- 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 d'un salarié ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie.

#### b. Les prises en charge obligatoires au titre du contrat responsable

##### La prise en charge du ticket modérateur :

La prise en charge du ticket modérateur est effectuée pour les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé notamment pour les soins de ville (sauf exception prévue par la réglementation), déduction faite des prises en charge opérées par les assurances complémentaires qui interviennent avant la garantie prévue au Contrat, y compris les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé, relatifs à la prévention.

##### Le Forfait journalier :

Sauf précision contraire dans le tableau des garanties souscrites, le contrat prend en charge l'intégralité du forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers de santé, sans limitation de durée, sous réserve des exclusions suivantes :

- les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées [MAS], EHPAD, ESAT, maisons de convalescence, centres ou instituts pour enfance handicapée ou inadaptée [CMPP, IME, IMP, IMPRO, ITEP] etc...)

• ainsi que les établissements de long séjour (du « type » maisons de retraite), ne donnant pas lieu à un forfait journalier.

#### c. Encadrement de la prise en charge des dépassements d'honoraires

Conformément aux articles L.871-1 et R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le montant des prestations garanti au présent Contrat varie selon que le médecin a adhéré ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévus par la convention nationale médicale.

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

- 100 % du tarif opposable (\*) ;
- et du montant pris en charge par le contrat pour les dépassements des médecins ayant adhéré au DPTM, minoré d'un montant au moins égal à 20 % de la base de remboursement.

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

A titre indicatif, les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée incluent à ce jour, pour autant que les professionnels appliquent le dispositif :

- l'OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée) ;
- l'OPTAM-CO (Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) pour les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens.

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

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

#### d. Le remboursement des équipements optiques

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Chaque devis fera l'objet d'une analyse veillant au respect d'une bonne adéquation entre la prestation réalisée et les frais engagés.

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- **Les équipements optiques de classe A (« Reste à charge zéro »)** tels que définis dans la LPP, la prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre de classe A sont sans reste à charge pour l'assuré après l'intervention combinée de l'Assurance maladie obligatoire et du contrat de complémentaire santé responsable. Ces équipements sont remboursés à hauteur des frais réels engagés dans la limite des prix limites de

vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100% santé » ;

• **Les équipements optiques de classe B (« à tarifs libres »)** sont pris en charge à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur est effectué dans le respect des planchers et plafonds prévus à l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans les tableaux de prestations. Le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B »,
- soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A ».

#### e. Les remboursements dentaires

Pour tous les travaux dentaires, et dans l'intérêt du bénéficiaire, nous l'invitons à demander préalablement, un devis.

Chaque devis fera l'objet d'une analyse veillant au respect d'une bonne adéquation entre la prestation réalisée et les frais engagés.

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis par le contrat responsable :

• **Un panier « 100 % santé »** (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur des frais réels engagés sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux chirurgiens-dentistes ;

• **Un panier aux tarifs maîtrisés / modérés** remboursé au minimum à hauteur du ticket modérateur et sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans les tableaux de prestations ;

• **Un panier aux tarifs libres** remboursés au minimum à hauteur du ticket modérateur dans la limite des garanties prévues dans les tableaux de prestations.

#### f. Le remboursement des aides auditives

**Les dispositions suivantes entreront en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020**

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

• **Les équipements auditifs de « classe I »** sans reste à charge tels que définis dans la LPP : sont remboursés au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur des frais réels engagés sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % santé ;

• **Les équipements auditifs de « classe II »** sont remboursés au minimum à hauteur du ticket modérateur et si le contrat le prévoit la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement tels que précisés par l'article R871- 2 du Code de la Sécurité sociale. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des

pires ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille est **limitée à une aide auditive tous les quatre ans** suivant la date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

Toutefois, jusqu'au 31.12.2020, un renouvellement anticipé de la prise en charge de l'aide auditive peut toutefois intervenir, sans préjudice de l'application des dispositions de l'article R 165-24 du code de la Sécurité sociale, si les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- période d'au moins deux ans écoulée suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment),
- renouvellement sollicité pour une aide auditive hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état du bénéficiaire.

#### g. Le bénéfice du tiers payant

Les personnes assurées au titre du présent contrat peuvent bénéficier du mécanisme du tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie souscrite, au moins à hauteur du Ticket Modérateur, pour autant que les professionnels appliquent le dispositif.

## **ARTICLE 24. TERRITORIALITÉ**

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

Les Membres participants garantis exercent leur activité dans le champ d'application de la CCNT du secteur sanitaire social et médico-social du 26 août 1965 : France métropolitaine et DROM, départements ou Régions français d'Outre-Mer.

## **CHAPITRE X. ÉTENDUE MODALITÉS DE CALCUL DES PRESTATIONS**

### **ARTICLE 25. MONTANTS RETENUS**

Prestation exprimée en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale

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

#### Montants des frais réels retenus

Les montants des frais réellement engagés retenus par les organismes assureurs sont égaux :

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

#### Maternité

Les frais médico-chirurgicaux engagés (examens prénataux, examens postnataux, frais d'accouchement, surveillance médicale de l'enfant) à l'occasion de la maternité du Membre participant, sont pris en charge dans les conditions indiquées dans le tableau des garanties prévu aux présentes Conditions Générales.

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

Sont couverts à ce titre les frais médicaux, pharmaceutiques, d'appareillage, d'hospitalisation, l'ensemble des frais d'analyses et d'examens en laboratoire, les frais d'optique et les prothèses dentaires.

#### Calcul des prestations en secteur non conventionné

En cas d'intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par les régimes de base de Sécurité sociale pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné. À cet effet, l'Organisme assureur pourra demander des justificatifs.

## **ARTICLE 26. DISPOSITION POUR LES DÉPARTEMENTS DU BAS RHIN, DU HAUT RHIN ET DE LA MOSELLE**

Si parmi les Membres participants affiliés au Contrat, certains relèvent du régime local Alsace Moselle, les Organismes assureurs tiendront compte des dispositions spécifiques prévues par le Code de la Sécurité sociale pour cette zone géographique.

### **ARTICLE 27. PRINCIPE INDEMNITAIRE**

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

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

Le respect des règles de prise en charge maximales définies à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité Sociale, par tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et le présent Contrat.

## **CHAPITRE XI. MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS**

### **ARTICLE 28. FORMALITÉS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS**

Les prestations sont traitées :

- par échange NOEMIE (télétransmission), sauf opposition écrite du Membre participant ;
- sur présentation du décompte établi par la Sécurité sociale.

La demande doit être accompagnée des pièces et des justificatifs originaux (note d'honoraires ; facture originale détaillée établie sur papier à entête du praticien ou de l'établissement revêtue de sa signature et portant mention des nom, prénom du Membre participant ; décomptes originaux des règlements du régime obligatoire de la Sécurité sociale).

Pour les actes ou frais non pris en charge par la Sécurité sociale, le Membre participant devra adresser à l'Organisme assureur ou gestionnaire de sa structure les originaux des factures et notes d'honoraires acquittées. Lors de l'affiliation, le Membre participant fournit un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

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

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

Si, à l'occasion d'une demande de remboursement, l'assuré fournit intentionnellement des documents faux ou dénaturés, il perd tout droit à remboursement.

**La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par l'organisme gestionnaire est celle indiquée sur le décompte de remboursement du régime d'assurance obligatoire 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 29. EXCLUSION DU MEMBRE HONORAIRE OU PARTICIPANT**

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de l'Organisme assureur un préjudice dûment constaté et notamment en dissimulant ou falsifiant l'un des éléments indispensables aux conditions d'admission ou en utilisant leur carte de droit sans s'être acquittés de leurs obligations.

Le membre exclu définitivement ne peut en aucun cas être réintégré.

L'Organisme assureur ou gestionnaire pourra procéder à la suspension immédiate des droits à prestations si cette mesure s'avère indispensable à la sauvegarde de ses intérêts avant le prononcé de l'exclusion et se réserve le droit de réclamer à l'intéressé exclu le remboursement des prestations indûment perçues.



# ANNEXE I : TABLEAU DES GARANTIES

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale (ainsi que celles versées par le régime complémentaire de BASE s'agissant des options 1 et 2), dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

GARANTIES	BASE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2			
<b>HOSPITALISATION</b>						
<b>Frais de séjours</b>						
- En secteur conventionné	150 % BR	200 % BR	300 % BR			
- En secteur non conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR			
<b>Honoraires</b>						
- Signataires DPTM : · Actes de chirurgie (ADC) · Actes d'anesthésie (ADA) · Actes d'obstétrique (ACO) · Actes techniques médicaux (ATM) · Autres honoraires	170 % BR	220 % BR	300 % BR			
- Non signataires DPTM : · Actes de chirurgie (ADC) · Actes d'anesthésie (ADA) · Actes d'obstétrique (ACO) · Actes techniques médicaux (ATM) · Autres honoraires	150 % BR	200 % BR	200 % BR			
Transport remboursé Ss	100 % BR	100 % BR	100 % BR			
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR			
Forfait actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR			
<b>Chambre particulière par jour</b>						
- En secteur conventionné jour / nuit (avec nuitée)	Limité à 1,5 % PMSS	Limité à 2,25 % PMSS	Limité à 3 % PMSS			
- En secteur conventionné de jour (sans nuitée)	Limité à 1,5 % PMSS	Limité à 2,25 % PMSS	Limité à 3 % PMSS			
- En secteur non conventionné	Non couverte	Non couverte	Non couverte			
<b>Personne accompagnante</b>						
- En secteur conventionné	Limité à 1,5 % PMSS par jour	Limité à 2,25 % PMSS par jour	Limité à 3 % PMSS par jour			
- En secteur non conventionné	Non couverte	Non couverte	Non couverte			
<b>SOINS COURANTS</b>						
<b>Honoraires médicaux remboursés Ss</b>						
- Consultations et visites des Médecins Généralistes · Médecins signataires d'un DPTM · Médecins non signataires d'un DPTM	100 % BR 100 % BR	100 % BR 100 % BR	170 % BR 150 % BR			
- Consultations et visites des Médecins Spécialistes · Médecins signataires d'un DPTM · Médecins non signataires d'un DPTM	170 % BR 150 % BR	220 % BR 200 % BR	220 % BR 200 % BR			
- Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) · Médecins signataires d'un DPTM · Médecins non signataires d'un DPTM	100 % BR 100 % BR	150 % BR 125 % BR	170 % BR 150 % BR			
- Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) · Médecins signataires d'un DPTM · Médecins non signataires d'un DPTM	100 % BR 100 % BR	150 % BR 125 % BR	170 % BR 150 % BR			
<b>Honoraires médicaux non remboursés Ss</b>						
- Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien, étiothérapie, psychologue)	25 €/séance dans la limite de 2 séances par an et par bénéficiaire	30 €/séance dans la limite de 2 séances par an et par bénéficiaire	50 €/séance dans la limite de 2 séances par an et par bénéficiaire			
Médicaments - Remboursés Ss	100 % BR	100 % BR	100 % BR			
Pharmacie (hors médicaments) - Remboursée Ss	100 % BR	100 % BR	100 % BR			
Vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale	25 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire			
Analyses et examens de laboratoire Analyses et examens de biologie médicale remboursés Ss	100 % BR	100 % BR	175 % BR			
Honoraires paramédicaux Auxiliaires médicaux (actes remboursés Ss)	100 % BR	100 % BR	150 % BR			
Matériel médical - Orthopédie et autres prothèses ou appareillages remboursés Ss (hors dentaires, auditifs et d'optique)	125 % BR	150 % BR	200 % BR			
Transport remboursé Ss	100 % BR	100 % BR	100 % BR			
Forfait actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR			
<b>AIDES AUDITIVES</b>						
Aides auditives remboursées Ss, dans la limite d'un appareil par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'appareil précédent (ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment) (****)	Equipements 100 % santé (**)	Equipements Libres (****)	Equipements 100 % santé (**)	Equipements Libres (****)	Equipements 100 % santé (**)	Equipements Libres (****)
	100 % FR dans la limite des PLV	400 € par oreille (au minimum 100 % BR)	100 % FR dans la limite des PLV	800 € par oreille (au minimum 100 % BR)	100 % FR dans la limite des PLV	1200 € par oreille (au minimum 100 % BR)
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Ss (*)	100 % BR		100 % BR		100 % BR	

(\*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018. (\*\*) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement. (\*\*\*) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans tous les cas dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation en vigueur du « contrat responsable » (soit 1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

(\*\*\*\*) Toutefois, jusqu'au 31.12.2020, un renouvellement anticipé de la prise en charge de l'aide auditive peut toutefois intervenir, sans préjudice de l'application des dispositions de l'article R 165-24 du code de la Sécurité sociale, si les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- période d'au moins deux ans écoulée suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment),
- renouvellement sollicité pour une aide auditive hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état du bénéficiaire.

GARANTIES	BASE			BASE + OPTION 1		BASE + OPTION 2	
<b>DENTAIRE</b>							
<b>Soins</b>							
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR			100% BR		100% BR	
Soins prothétiques et prothèses dentaires remboursées par la Ss	Panier 100% santé	Panier maîtrisé (*)	Panier libre	Panier 100% santé	Paniers maîtrisés (*) et libre	Panier 100% santé	Paniers maîtrisés (*) et libre
- Dents du sourire (**) (incisives, canines, prémolaires)	100% des HLF selon matériau et position de la dent	225 % BR	225 % BR	100 % des HLF selon matériau et position de la dent	260 % BR	100 % des HLF selon matériau et position de la dent	260 % BR
- Dents de fond de bouche		150 % BR	150 % BR		185 % BR		185 % BR
- Inlays-core		125 % BR	125 % BR		150 % BR		150 % BR
- Inlays/onlays	Néant	125 % BR		Néant	150 % BR	Néant	175 % BR
<b>Orthodontie</b>							
- Remboursée Ss	200 % BR			300 % BR		350 % BR	
- Non remboursée Ss	Non couvert			Non couvert		250 % BRR	
Prothèses dentaires non remboursées Ss	250 % BRR			300 % BRR		350 % BRR	
Parodontologie	200 € par an et par bénéficiaire			300 € par an et par bénéficiaire		500 € par an et par bénéficiaire	
Implantologie	200 € par an et par bénéficiaire			300 € par an et par bénéficiaire		500 € par an et par bénéficiaire	
(*) dans la limite des HLF. (**) Dents du sourire : ce sont les Incisives – Canines – Prémolaires. (**) Dents correspondant aux numéros de dent : 11,12,13,14,15,21,22,23,24,25,31,32,33,34,35,41,42,43,44,45.							
<b>OPTIQUE</b>							
Equipements (1 monture / 2 verres)	Equipements 100 % santé (**)	Equipements Libres (***)	Equipements 100 % santé (**)	Equipements Libres (***)	Equipements 100 % santé (**)	Equipements Libres (***)	
- Verres et monture (***)	100% du PLV	Voir Grille Base	100% du PLV	Voir Grille Option 1	100% du PLV	Voir Grille Option 2	
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique</b>							
- Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux) (*)	100 % FR dans la limite des PLV		100 % FR dans la limite des PLV		100 % FR dans la limite des PLV		
- Supplément pour verres avec filtres de classe A (*)	100 % FR dans la limite des PLV		100 % FR dans la limite des PLV		100 % FR dans la limite des PLV		
- Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV		100 % BR dans la limite des PLV		100 % BR dans la limite des PLV		
- Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100 % BR dans la limite des PLV		100 % BR dans la limite des PLV		100 % BR dans la limite des PLV		
- Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV		10 € par adaptation (minimum 100 % BR) dans la limite des PLV		10 € par adaptation (minimum 100 % BR) dans la limite des PLV		
- Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiphotos / verres isocroniques)	100 % BR		100 % BR		100 % BR		
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>							
- Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)	3 % PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)		3 % PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)		6,5 % PMSS par année civile, par bénéficiaire (au minimum 100 % BR pour les lentilles acceptées)		
- Chirurgie réfractive	400 € par œil, par an et par bénéficiaire		600 € par œil, par an et par bénéficiaire		800 € par œil, par an et par bénéficiaire		
(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. (**) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. (***) Conditions de renouvellement : - 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 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, 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 est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement. • Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement. • Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement 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 précédemment s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément. - Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance. Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale. Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique. - La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant : • Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés. • Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.							
<b>ACTES DE PREVENTION</b>							
Actes de prévention définis par la réglementation	100% BR			100% BR		100% TM	
Substitut nicotinique	40 € par an et par bénéficiaire			60 € par an et par bénéficiaire		80 € par an et par bénéficiaire	
<b>ACTES DIVERS</b>							
Ostéodensitométrie osseuse	40 € par an et par bénéficiaire			60 € par an et par bénéficiaire		80 € par an et par bénéficiaire	
Cures thermales acceptées par la Ss	100 € par an et par bénéficiaire			200 € par an et par bénéficiaire		300 € par an et par bénéficiaire	
Contraception remboursée ou non par la Ss	100 € par an et par bénéficiaire			200 € par an et par bénéficiaire		300 € par an et par bénéficiaire	

**ABRÉVIATION** : Ss : Sécurité sociale / BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement / BRR : Base de remboursement reconstruite / DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO / OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie - Obstétrique / € : Euro / FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire / 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 / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / RSS : Remboursement Sécurité Sociale = 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.

## GRILLE OPTIQUE

GRILLES OPTIQUES (SÉCURITÉ SOCIALE INCLUSE)	BASE		OPTION 1		OPTION 2	
	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
<b>UNIFOCAUX (MONTANT PAR VERRE)</b>						
Sphère de 0 à -/+2	100% FR dans la limite des PLV	55 €	100% FR dans la limite des PLV	85 €	100% FR dans la limite des PLV	95 €
Sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		55 €		85 €		95 €
Sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		60 €		85 €		100 €
Sphère < -8 ou > +8		75 €		90 €		110 €
Cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% FR dans la limite des PLV	65 €	100% FR dans la limite des PLV	85 €	100% FR dans la limite des PLV	105 €
Cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		65 €		85 €		105 €
Cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		70 €		90 €		110 €
Cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S		80 €		95 €		115 €
Cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% FR dans la limite des PLV	85 €	100% FR dans la limite des PLV	105 €	100% FR dans la limite des PLV	125 €
Cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		85 €		105 €		125 €
Cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		90 €		110 €		130 €
Cylindre > +4 sphère < -8		95 €		115 €		135 €
<b>MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS (MONTANT PAR VERRE)</b>						
Sphère de 0 à -/+2	100% FR dans la limite des PLV	120 €	100% FR dans la limite des PLV	140 €	100% FR dans la limite des PLV	160 €
Sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		120 €		140 €		160 €
Sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		130 €		150 €		170 €
Sphère < -8 ou > +8		130 €		150 €		170 €
Cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% FR dans la limite des PLV	145 €	100% FR dans la limite des PLV	165 €	100% FR dans la limite des PLV	185 €
Cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		145 €		165 €		185 €
Cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		150 €		170 €		190 €
Cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S		155 €		175 €		195 €
Cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% FR dans la limite des PLV	145 €	100% FR dans la limite des PLV	165 €	100% FR dans la limite des PLV	185 €
Cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		145 €		165 €		185 €
Cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		150 €		170 €		190 €
Cylindre > +4 sphère < -8		155 €		175 €		195 €
<b>MONTURES ET AUTRES LPP</b>						
Verre neutre (montant par verre)	100% FR dans la limite des PLV	55 €	100% FR dans la limite des PLV	85 €	100% FR dans la limite des PLV	95 €
Monture (dont supplément pour monture de lunettes à coque, Enfant de moins de 6 ans)		100 €		100 €		100 €

sphère = SPH / cylindre = CYL (+) / S = SPH + CYL

PLV : Prix Limite de Vente fixés par décret



**Assureur du Contrat :**

**ADRÉA MUTUELLE**, mutuelle 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.

**Assureur de la garantie assistance** : IMA Assurance Société Anonyme au capital de 5 000 000 euros, entreprise régie par le Code des Assurances - RCS Niort n°481.511.632 - 118 avenue de Paris - 79000 NIORT.

**Distributeurs des garanties :**

**ADRÉA MUTUELLE**, mutuelle 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 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 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.