



**CONVENTION
COLLECTIVE
NATIONALE
DE LA COIFFURE ET
DES PROFESSIONS
CONNEXES**

IDCC N°2596

RÉGIME
CONVENTIONNEL
FRAIS DE SANTÉ

CONDITIONS GÉNÉRALES

CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION
FACULTATIVE « SURCOMPLÉMENTAIRE »

PRÉAMBULE	3
DÉFINITIONS	4
I. DISPOSITIONS COMMUNES	6
Chapitre I. Objet, intervenants, et vie du contrat	6
Article 1. Objet de votre contrat	6
Article 2. Parties au contrat	6
Article 3. Dispositif assurantiel	6
Article 4. Dispositions relatives à la vie du contrat	6
Chapitre II. Bénéficiaires du contrat	6
Article 5. Assurés	6
Article 6. Ayants droit	7
Chapitre III. Droits et obligations des parties	8
Article 7. Obligations de l'entreprise	8
Article 8. Affiliation et entrée en vigueur des garanties	9
Article 9. Modalités de changement de formule	10
Chapitre IV. Suspension, maintien et cessation des garanties	10
Article 10. Cas de suspension du contrat de travail	11
Article 11. Cas de rupture du contrat de travail	12
Article 12. Cessation des garanties	14
II. CONDITIONS DE GARANTIES : PRESTATIONS ET COTISATIONS	15
Chapitre V. Étendue des garanties	15
Article 13. Nature des garanties et prestations	15
Article 14. Dispositif contrat « solidaire et responsable » et « panier de soins »	15
Chapitre VI. Modalités de paiement des prestations	15
Article 15. Montants retenus	16
Article 16. Disposition pour les départements du Bas Rhin, du Haut Rhin et de la Moselle	16
Article 17. Formalités de règlement des prestations	16
Article 18. Délais de paiement des prestations	17
Article 19. Principe indemnitaire	17
Article 20. Prescription	17
Chapitre VII. Cotisations	17
Article 21. Assiette, structures et modalités de révision des cotisations	17
Article 22. Paiement des cotisations	18
Article 23. Défaut de paiement des cotisations	18
III. AUTRES DISPOSITIONS	19
Article 24. Déclaration et appréciation du risque	19
Article 25. Subrogation	19
Article 26. Protection des données personnelles	19
Article 27. Réclamation-litige et médiation	19
Article 28. Territorialité	20
Article 29. Organisme de contrôle des organismes assureurs	20
Article 30. Sauvegarde du contrat	20
ANNEXES	21
ANNEXE I. MAINTIEN DES GARANTIES DU RÉGIME D'ACCUEIL	22
ANNEXE II. RÉSUMÉ DES GARANTIES	23
ANNEXE III. COORDONNÉES DES ORGANISMES ASSUREURS	27

PRÉAMBULE

Par avenant n°11 du 16 avril 2008 à la Convention Collective Nationale de la Coiffure et des Professions Connexes du 10 juillet 2006, tel que modifié par ses avenants ultérieurs, les partenaires sociaux de la branche ont modifié le régime frais de santé applicable à l'ensemble du personnel des Entreprises relevant du champ d'application de Convention précitée, afin de se conformer, notamment, aux dispositions suivantes :

- la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi,
- le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, relatifs au contenu des contrats d'Assurance maladie complémentaires bénéficiant d'aides fiscales et sociales (cahier des charges du « contrat responsable »)

Par ailleurs, l'avenant n°1 du 15 juin 2016 a modifié l'avenant n°11 du 16 avril 2008, tel que modifié par ses avenants ultérieurs, afin de définir les fonctions et modalités de fonctionnement du comité de pilotage et de suivi du régime frais de santé de la branche.

Le régime conventionnel frais de santé applicable à l'ensemble du personnel des Entreprises relevant de la Convention Collective Nationale de la Coiffure et des Professions Connexes, tel qu'il résulte de ces différents avenants et accords se présente comme suit :

- **les garanties minimales du régime obligatoire** : une garantie « base » obligatoire pour le salarié et son/ses enfant(s) à charge.
- **les garanties surcomplémentaires** : en complément du régime de base conventionnel, trois options, dont la mise en place à titre obligatoire ou facultatif est laissée à l'initiative de l'Entreprise. Selon le régime souscrit par l'Entreprise, le salarié peut renforcer ses garanties et celles de ses ayants-droit inscrits au régime à adhésion obligatoire en souscrivant à titre facultatif une garantie surcomplémentaire.

Le présent contrat est souscrit en complément du contrat socle que l'Entreprise a préalablement souscrit pour couvrir les salariés à titre obligatoire.

Il est indispensable, pour les salariés et le cas échéant leurs ayants droit souhaitant souscrire une garantie surcomplémentaire, que leur Entreprise soit préalablement adhérente au contrat socle.

Les présentes Conditions Générales associées aux Conditions Particulières obligatoirement jointes organisent la mise en œuvre de ce contrat collectif à adhésion facultative. Il est dénommé contrat d'assurance.

DÉFINITIONS

SOUSCRIPTEUR/ ENTREPRISE/ EMPLOYEUR :

Personne morale signataire des Conditions Particulières liées aux présentes Conditions Générales.

ASSURÉ :

Salarié affilié au présent contrat appartenant à l'une des catégories de personnel prévue au contrat d'adhésion ou ancien salarié bénéficiant de la portabilité.

BÉNÉFICIAIRES :

Assuré et ses ayants droit affiliés au présent contrat.

ORGANISME ASSUREUR :

Un des organismes mentionnés à l'Annexe III des présentes Conditions Générales.

PRESTATIONS EN NATURE :

Remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques...) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par les bénéficiaires.

PLAFOND ANNUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PASS) :

Valeur de référence fixée annuellement par arrêté publié au Journal Officiel. Les cotisations et les prestations peuvent être exprimées en pourcentage de sa valeur mensuelle.

PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PMSS) :

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS :

Passage par un médecin traitant choisi par l'assuré avant de consulter un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue, stomatologue ainsi que, pour les patients âgés de moins de 26 ans : psychiatre et neuropsychiatre).

Si l'assuré n'a pas déclaré de médecin traitant, ou s'il souhaite consulter un autre médecin que son médecin traitant sans être orienté par celui-ci, il est alors hors du parcours de soins coordonnés et sera moins bien remboursé par l'Assurance Maladie. Cependant, certains actes ou soins ne s'intègrent pas au dispositif du parcours de soins coordonnés : il sera alors remboursé selon les tarifs habituels.

OPTAM (OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE) ET OPTAM-CO (OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE) :

Mis en place par la convention médicale de 2016 et publiés au Journal Officiel du 23 octobre 2016, ces deux dispositifs remplacent le contrat d'Accès aux Soins depuis le 1^{er} janvier 2017.

L'OPTAM est ouverte :

- aux médecins conventionnés secteur 2,
- aux médecins conventionnés secteur 1 disposant des titres permettant l'accès au secteur 2,
- aux médecins conventionnés secteur 1 disposant d'un droit permanent à dépassements d'honoraires.

L'OPTAM-CO est ouverte aux médecins exerçant en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique ayant réalisé

au moins 50 actes de chirurgie ou d'obstétrique durant l'année précédant leur demande de conventionnement.

Pour un même médecin, l'OPTAM-CO n'est pas cumulable avec l'OPTAM.

Il permet aux médecins dont les honoraires sont libres (secteur 2) de stabiliser eux-mêmes leurs taux moyens de dépassements d'honoraires sans que leur liberté d'installation ne soit remise en cause. Ce dispositif conventionnel permet ainsi aux médecins de modérer leur pratique tarifaire, en améliorant la prise en charge de leurs patients.

Quand ils consultent un médecin de secteur 2 ayant adhéré à ces dispositifs dans le cadre du parcours de soins coordonnés, les patients sont remboursés sur la base des tarifs du secteur 1. Il permet aussi de développer et mieux valoriser l'activité à tarif opposable du médecin. Celui-ci bénéficie en effet des nouvelles revalorisations tarifaires du secteur 1.

MÉDECIN CORRESPONDANT :

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le médecin correspondant prend en charge, sur demande du médecin traitant, tout ou partie des soins médicaux. Il travaille en concertation avec le médecin traitant.

MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE :

Un médicament générique est la stricte copie d'un médicament original de marque dont le brevet est tombé dans le domaine public.

SECTEUR CONVENTIONNÉ ET SECTEUR NON CONVENTIONNÉ :

Secteur conventionné : ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs contrôlés. [= tarif de convention : base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française (base Métropole) et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.]

- **En secteur 1 :** ils s'engagent à respecter les bases de remboursement de la Sécurité sociale ;
- **En secteur 2 :** ils sont autorisés à dépasser les bases de remboursement de la Sécurité sociale. L'assuré devra alors supporter le dépassement de tarif, la Sécurité sociale ne remboursant que sur la base du tarif de référence.

Secteur non conventionné : ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale. Ils pratiquent des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée. (= tarif d'autorité : base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.)

PARTICIPATION FORFAITAIRE :

Montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité sociale. Cette participation forfaitaire, à la charge des bénéficiaires, concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques.

La participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'Organisme Assureur.

**FRANCHISE :**

Somme déduite des remboursements effectués par la Sécurité sociale sur les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.

La franchise n'est pas remboursée par l'Organisme Assureur.

FORFAIT HOSPITALIER :

Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement hospitalier public ou privé, y compris le jour de sortie.

**BASE DE REMBOURSEMENT
DU RÉGIME OBLIGATOIRE :**

Montant défini par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux.

TICKET MODÉRATEUR :

Différence entre la Base de Remboursement et le montant remboursé par la Sécurité sociale. Cette différence est à la charge du patient et remboursée par le présent contrat d'assurance.

RESTE À CHARGE :

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de la Sécurité sociale. Il est constitué :

- du Ticket Modérateur,
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

I. DISPOSITIONS COMMUNES

CHAPITRE I. OBJET, INTERVENANTS, ET VIE DU CONTRAT

ARTICLE 1. OBJET DU CONTRAT

Le contrat conclu entre les parties définies à l'Article 2 est un **contrat d'assurance collectif à adhésion facultative**, coassuré par les Organismes Assureurs indiqués en Annexe III aux présentes Conditions Générales.

Il a pour objet de compléter le contrat socle obligatoire souscrit par l'Entreprise dont l'activité relève de la **Convention Collective Nationale de la Coiffure et des Professions Connexes du 10 juillet 2006** et de définir les conditions dans lesquelles les Organismes Assureurs assurent aux assurés et à leurs ayants droit, le remboursement dans la limite des frais réellement engagés, de tout ou partie des frais de santé, en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Il intervient sous déduction du remboursement opéré par l'Assurance maladie obligatoire et le contrat socle susvisé, dans la limite des frais réels.

Dans les développements suivants, il est dénommé contrat surcomplémentaire.

Il se compose de deux parties indissociables :

- les **Conditions Générales** fixant les règles générales applicables aux cocontractants ;
- les **Conditions Particulières** qui comportent notamment:
 - la date d'effet du contrat,
 - la définition de la (ou des) catégorie(s) de personnel assurée(s),
 - la nature et le montant des prestations,
 - les taux de cotisation correspondant aux garanties prévues,
 - l'organisme assureur du contrat choisi par l'Entreprise.

Le niveau de garanties dépend du choix du salarié parmi les garanties définies en Annexe II des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 2. PARTIES AU CONTRAT

Le présent contrat est conclu entre :
D'une part :

l'Entreprise dont l'activité relève de la **Convention Collective Nationale de la Coiffure et des Professions Connexes**, indiquée aux Conditions Particulières, et ci-après dénommée « **Entreprise** »,

Et d'autre part les « Organismes Assureurs », mentionnés à l'Annexe III des présentes Conditions Générales.

Ces organismes sont coassureurs entre eux et sont ci-après désignés « **les organismes coassureurs** ».

Le rôle de coordinateur et d'interlocuteur unique des partenaires sociaux de la branche de la Coiffure et des Professions Connexes est confié à **AÉSIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 627 391 dont le siège social se trouve 4 rue du Général Foy 75008 PARIS.**

ARTICLE 3. DISPOSITIF ASSURANTIEL

Afin d'organiser la mutualisation intégrale des risques relatifs au présent contrat entre les Organismes Assureurs précités, ces derniers instituent entre eux une coassurance dont les quotes-parts sont établies à hauteur de 40% pour Mutex et 60% pour les mutuelles partenaires, chacun étant engagé pour la couverture des risques à hauteur de sa quote-part respective et sans solidarité entre eux.

Ils confient à AÉSIO mutuelle, en tant qu'apérateur, le rôle de coordinateur et d'interlocuteur unique des partenaires sociaux de la branche de la Coiffure et des Professions Connexes pour la négociation des conditions du contrat et de son renouvellement.

L'organisme coassureur auprès de qui le contrat a été souscrit est l'interlocuteur unique de l'Entreprise et des salariés, et est ci-après dénommé « **l'Organisme Assureur** ».

L'Entreprise peut acquérir la qualité de « membre honoraire » de la Mutuelle auprès de laquelle elle a souscrit le contrat, dans les conditions définies par les statuts de cette Mutuelle.

Les salariés deviennent **membres participants** de la Mutuelle auprès de laquelle a été souscrit le contrat.

Les assurés bénéficient du respect de la garantie de leurs droits en cas de modification ou de cessation de la coassurance.

En effet, chaque coassureur peut demander son retrait de la coassurance.

En tout état de cause, les dispositions qui s'appliqueront en conséquence de ce retrait, prendront effet au 31 décembre de l'année de la demande, à minuit.

Dans ce cas, la part des prestations et des provisions correspondantes, à la charge de chacun des coassureurs démissionnaires et correspondant à des frais de santé engagés avant la prise d'effet du retrait, demeurent à leur charge respective.

Afin d'assurer la continuité de couverture, votre contrat se poursuit auprès des coassureurs non démissionnaires, ceci tant que l'une des parties au contrat n'en demande pas la résiliation dans les conditions prévues au contrat. La nouvelle répartition entre les coassureurs sera communiquée au souscripteur.

ARTICLE 4. DISPOSITIONS RELATIVES À LA VIE DU CONTRAT

4.1. Date d'effet, durée et reconduction du contrat

Le contrat prend effet à la date fixée aux Conditions Particulières émises après réception du Bulletin d'Adhésion Entreprise dûment rempli et signé par l'Entreprise.

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^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une ou l'autre partie



selon les modalités définies à l'article 4.3 « Résiliation du contrat » des présentes Conditions Générales.

4.2. Révision du contrat

Les garanties et les cotisations telles qu'elles sont définies dans le présent contrat ont été établies en application de l'avenant n°11 du 16 avril 2008, tel que modifié par ses avenants ultérieurs, à la Convention Collective Nationale de la Coiffure et des Professions Connexes.

Le présent contrat peut en conséquence être révisé dans le cas où le régime complémentaire Frais de santé de la Convention Collective Nationale précitée viendrait à évoluer.

À compter de l'envoi de l'avenant, l'Entreprise a deux (2) mois pour refuser les nouvelles conditions, en adressant à l'Organisme Assureur, une lettre recommandée avec avis de réception. Le refus entraîne la résiliation du présent contrat à effet du premier jour du mois civil qui suit la réception du courrier.

4.3. Résiliation du contrat

Le contrat peut être résilié :

- **à la demande de l'Entreprise, tous les ans par lettre recommandée avec avis de réception sous réserve du respect d'un préavis de deux (2) mois, avant la date d'échéance annuelle soit avant le 31 octobre de chaque année,**
- **à la demande de l'Entreprise, en cours d'année, après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du contrat. La demande de résiliation peut être effectuée, au choix : soit par lettre ou tout autre support durable ; soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ; soit par acte extrajudiciaire ; soit, lorsque la mutuelle propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ; soit par tout autre moyen prévu par le contrat ou le règlement. La résiliation prend effet à l'expiration du délai d'un mois suivant la réception par l'organisme assureur de la demande de résiliation.**
- **à la demande de l'Organisme Assureur, tous les ans, par lettre recommandée avec avis de réception sous réserve du respect d'un préavis de deux (2) mois, avant la date d'échéance annuelle, soit avant le 31 octobre de chaque année,**
- **en tout état de cause, le présent contrat, en raison de sa nature surcomplémentaire, sera résilié de plein droit et à la même date d'effet, en cas de résiliation du contrat collectif obligatoire couvrant les salariés du souscripteur.**

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 et ce, à hauteur des garanties couvertes.

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

sous réserve que l'assuré en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat collectif.

Les conditions tarifaires appliquées seront celles du contrat proposé par l'Organisme Assureur, en vigueur à la date d'effet de la résiliation du présent contrat.

CHAPITRE II. BÉNÉFICIAIRES DU CONTRAT

ARTICLE 5. ASSURÉS

Bénéficient des garanties du présent contrat collectif à adhésion facultative les salariés mentionnés aux Conditions Particulières, ayant demandé à adhérer au présent contrat, relevant du Régime Général ou local de la Sécurité sociale.

Sont également affiliés au présent contrat les anciens salariés qui appartenaient à la catégorie de personnel mentionnée aux Conditions Particulières, bénéficiant de la portabilité au titre d'un contrat d'assurance antérieur, sous réserve qu'ils aient été déclarés à l'Organisme Assureur préalablement à la souscription du contrat.

ARTICLE 6. AYANTS DROIT

Les ayants droit de l'Assuré tels que définis ci-après peuvent bénéficier des garanties du régime surcomplémentaire, au même niveau de garanties que l'Assuré, sous réserve d'être affiliés au régime socle et d'avoir rempli les formalités d'adhésion requises à l'Article 8 des présentes Conditions Générales.

On entend par ayant droit de l'Assuré :

> le conjoint de l'assuré :

■ **son conjoint non divorcé, non séparé de corps judiciairement, ayant ou non une activité professionnelle.**

À défaut, est assimilé au conjoint du salarié :

■ **son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).** Est considérée comme partenaire de PACS, quel que soit son sexe, 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.

■ **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, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes, justifiée par la production d'une attestation de domicile commun (quittance de loyer, facture EDF...). Les concubins ne doivent être, ni l'un ni l'autre mariés ou liés par un PACS.

> les enfants de l'assuré ou de son conjoint, son concubin ou partenaire lié par un PACS :

■ à charge au sens de la Sécurité sociale,

■ s'ils justifient de la poursuite de leurs études à plein temps et au plus tard jusqu'à leur 26^e anniversaire, ayant leur propre immatriculation,

■ s'ils justifient de la poursuite de leurs études à temps partiel, en contrat d'alternance (apprentissage ou professionnalisation) et dont les ressources sont inférieures à 80 % du SMIC, au plus tard jusqu'à leur



26^e anniversaire, ayant leur propre immatriculation,
■ âgés de moins de 26 ans, ayant terminé leur scolarité, inscrits à pôle Emploi et en recherche d'un premier emploi pendant une durée d'un an au maximum,

■ quel que soit leur âge, s'ils sont atteints de maladies chroniques ou incurables les mettant dans l'impossibilité permanente de se livrer à toute activité rémunérée selon la réglementation de la Sécurité sociale, titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 146-9 du Code de l'Action Sociale et de la Famille ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » et percevant l'allocation compensatrice pour adultes handicapés (AAH).

> toute personne vivant sous le même toit que l'Assuré et reconnue par la Sécurité sociale comme ayant droit de l'Assuré.

CHAPITRE III. DROITS ET OBLIGATIONS DES PARTIES

ARTICLE 7. OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE

> Ouverture des droits

Afin de mettre en œuvre les garanties du contrat surcomplémentaire, l'Entreprise doit adresser à l'Organisme Assureur les pièces suivantes :

Lors de la souscription

- un Bulletin d'Adhésion Entreprise complété, daté et signé par la personne dûment habilitée à représenter l'Entreprise,
- la liste des anciens bénéficiant de la portabilité,
- un Bulletin Individuel d'Affiliation dûment complété et signé par chaque salarié qui souhaite renforcer facultativement les garanties de sa couverture obligatoire, accompagné de toute autre pièce mentionnée dans ce document.

En cours d'exercice

- **Entrée de nouveaux salariés** : un Bulletin Individuel d'Affiliation dûment complété et signé par chaque salarié qui souhaite compléter facultativement sa couverture obligatoire ;
- **Sortie des salariés** : un état mensuel nominatif du personnel sorti des effectifs avec la date de départ et le motif associé. Ces états doivent être transmis dès que possible et au plus tard dans les trois (3) mois suivant l'évènement.

> Changement d'activité

Dans le cas où l'Entreprise change d'activité et ne relève plus de la **Convention Collective Nationale de la Coiffure et des Professions Connexes**, celle-ci devra le notifier à l'Organisme Assureur par lettre recommandée avec avis de réception au plus tard **deux (2) mois** après ledit changement. Les Organismes Assureurs se réservent la possibilité de résilier le contrat selon les modalités prévues à l'Article 4.3 « Résiliation du contrat » des présentes Conditions Générales.

> Information des Assurés

Les Organismes Assureurs s'engagent à établir une Notice d'Information qui définit les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur et de poursuite pour les bénéficiaires de l'article 4 de la loi Évin, 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 assuré un exemplaire de la Notice d'Information établie par l'Organisme Assureur.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des assurés, l'Entreprise est également tenue de les en informer, en leur remettant une Notice d'Information dûment actualisée ou un additif à la Notice d'Information établis par l'Organisme Assureur.

La preuve de la remise de la Notice d'Information aux assurés et des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe à l'Entreprise.

ARTICLE 8. AFFILIATION ET ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

· Modalités d'affiliation

> Affiliation et entrée en vigueur des garanties des assurés

L'affiliation de l'Assuré 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.

En outre, chaque Assuré est tenu, pour bénéficier des prestations définies au contrat, de fournir à l'Organisme Assureur toute déclaration et justificatifs nécessaires tels qu'ils sont précisés dans la Notice d'Information, notamment son attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) et un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

Le bénéfice des garanties débute pour un Assuré :

- **soit à la prise d'effet du contrat, dès lors qu'il appartient à la catégorie de personnel visée aux Conditions Particulières à cette date ;**
- **soit à compter de la date à laquelle il répond aux conditions définies au chapitre II des présentes Conditions Générales, lorsqu'il est embauché postérieurement à la date d'effet du contrat, sous réserve d'avoir été déclaré auprès de l'Organisme Assureur dans les trois (3) mois suivant son embauche. Passé ce délai de trois (3) mois, les garanties ne prendront effet qu'à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante ;**
- **pour les anciens salariés en portabilité, à la date de prise d'effet du contrat ou à la date de rupture de leur contrat de travail si elle est postérieure.**

En tout état de cause, seuls les frais faisant l'objet d'un remboursement au titre des garanties du contrat et dont la date de soins est postérieure à la date de prise d'effet du contrat et au plus tôt à la date d'affiliation donnent lieu à prise en charge au titre du contrat et ce, à hauteur des garanties couvertes.

L'Organisme Assureur se réserve par ailleurs le droit de réclamer toute autre pièce justificative complémentaire.



> Affiliation et entrée en vigueur des garanties des ayants-droit

L'assuré peut demander l'adhésion de ses ayants droit, sous réserve d'en formuler la demande, dans les trois (3) mois suivant :

- la date de prise d'effet du contrat, s'il est inscrit aux effectifs du souscripteur,
- son embauche, si l'Assuré est embauché postérieurement à la prise d'effet du contrat.

Passé ce délai de trois (3) mois, l'adhésion et les garanties ne prendront effet qu'à compter du premier janvier de l'année suivante.

L'adhésion est formalisée par un Bulletin Individuel d'Affiliation dûment complété et signé par l'Assuré, ce bulletin devant être remis à l'Organisme Assureur par l'intermédiaire de l'Entreprise ou directement adressé à l'Organisme Assureur le cas échéant.

L'adhésion des ayants droit prend effet dans les conditions et **aux dates mentionnées ci-dessus.**

Ce choix est par principe définitif. Néanmoins, par exception à ce principe, et sous réserve de l'acceptation de l'Organisme Assureur, matérialisée par l'émission d'un nouveau Bulletin Individuel d'Affiliation à l'assuré, un nouveau choix peut être admis, à tout moment au cours de l'exercice annuel au cours duquel survient un changement de situation de famille ou le chômage du conjoint, du partenaire de PACS ou du concubin dûment justifié.

Toute modification intervenant dans la situation familiale de l'Assuré doit être formulée par écrit, en complétant un Bulletin Individuel d'Affiliation modificatif accompagné des justificatifs nécessaires, adressé à l'Organisme Assureur par le biais de l'Entreprise. Ces modifications prennent effet à la date de leur communication à l'Organisme Assureur.

L'adjonction d'un nouvel ayant droit doit être formulée par écrit à l'Organisme Assureur, au plus tard avant la fin du troisième mois qui suit la date de survenance de l'évènement, à l'exception de la naissance ou de l'adoption d'un enfant, qui doivent être déclarées dans les trente (30) jours suivants l'évènement.

En tout état de cause, seuls les frais faisant l'objet d'un remboursement au titre des garanties du contrat et dont la date de soins est postérieure à la date de prise d'effet du contrat et au plus tôt à la date d'affiliation des ayants droit donnent lieu à prise en charge au titre du contrat et ce, à hauteur des garanties couvertes.

L'Organisme Assureur se réserve par ailleurs le droit de réclamer toute autre pièce justificative complémentaire.

• Faculté de renonciation

L'Assuré peut demander à renoncer à son adhésion ou à celle d'un ou plusieurs ayants droit pendant un délai de

trente (30) jours calendaires à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'Organisme Assureur.

Dans le cas où la cotisation est à échoir, la renonciation entraîne de plein droit la restitution par l'Organisme Assureur de l'intégralité des cotisations versées par le bénéficiaire dans un délai maximal de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée, sous déduction des éventuelles prestations versées.

La renonciation est définitive.

• Radiation des ayants droit

> Modalités

L'adhésion facultative des ayants droit prend fin en cas de demande de résiliation de la part du membre participant, signifiée à l'organisme assureur par lettre recommandée au moins **deux mois** avant la fin de l'année civile. La radiation prend effet au terme de ce délai de préavis de deux mois.

> Dérogations

Il pourra toutefois être dérogé à cette règle dans les cas suivants :

- en cas de modification des garanties, le membre participant peut demander la radiation de ses ayants droit dans un délai **d'un mois** à compter de la remise de la nouvelle notice d'information par l'employeur. Cette demande de résiliation ne peut prendre effet qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.
- en cas de changement de situation familiale du membre participant, dûment justifié (jugement définitif de divorce, rupture du PACS ou du concubinage, décès d'un ayant droit), sous réserve d'en faire la demande dans les **deux mois** qui suivent l'évènement. La résiliation prendra effet rétroactivement à la date de l'évènement.

Toute demande de résiliation est considérée comme définitive. Par exception à ce principe et sous réserve que le contrat soit toujours en vigueur, une nouvelle adhésion pourra être acceptée par l'Organisme Assureur :

- en cas de changement de situation de famille ou de chômage du conjoint, partenaire de PACS ou du concubin dûment justifié,
- dans tous les autres cas, à condition que la résiliation de l'adhésion précédente soit effective depuis plus de **deux (2) ans.**

• Résiliation des garanties optionnelles

> Modalités

L'adhésion aux garanties optionnelles prend fin en cas de demande de résiliation par l'assuré, signifiée à l'organisme assureur par lettre recommandée au moins **deux mois** avant la fin de l'année civile. La radiation prend effet au terme de ce délai de préavis de deux mois.

L'assuré peut résilier son adhésion aux garanties optionnelles en cours d'année après expiration d'un délai **d'un an** à compter de la date de première souscription.



La demande de résiliation peut être effectuée, au choix :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit, lorsque la mutuelle ou l'union propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat ou le règlement.

La résiliation prend effet à l'expiration du délai d'un mois suivant la réception par l'organisme assureur de la demande de résiliation.

> **Dérogations**

Il pourra toutefois être dérogé à cette règle dans les cas suivants :

- en cas de modification des garanties, vous pouvez demander la radiation de vos garanties optionnelles dans un délai d'**un mois** à compter de la remise de la nouvelle notice d'information par l'employeur.

Cette demande de résiliation ne peut prendre effet qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.

Dans ce cas, vous continuerez, éventuellement avec vos ayants droit, à être couvert au titre du régime de base.

- en cas de changement de votre situation familiale dûment justifié (jugement définitif de divorce, rupture du PACS ou du concubinage, décès d'un ayant droit), sous réserve d'en faire la demande dans les **deux mois** qui suivent l'évènement. La résiliation prendra effet rétroactivement à la date de l'évènement.

Toute demande de résiliation des garanties optionnelles est définitive. Par exception à ce principe et sous réserve que le présent contrat soit toujours en vigueur, une nouvelle adhésion pourra être acceptée par l'Organisme assureur :

- en cas de changement de situation de famille ou de chômage du conjoint, partenaire de PACS ou du concubin dûment justifié,
- dans tous les autres cas à conditions que la résiliation de l'adhésion précédente soit effective depuis plus de **deux (2) ans**.

ARTICLE 9. MODALITÉS DE CHANGEMENT DE FORMULE

Les assurés peuvent éventuellement choisir entre plusieurs formules surcomplémentaires, selon le contenu du régime souscrit à titre obligatoire par l'Entreprise.

Les assurés et leurs ayants-droit peuvent souhaiter changer de formule (passage de l'option 1 à l'option 2 ou à l'option 3 / passage de l'option 2 à l'option 3).

Ce choix est valable pour l'ensemble des bénéficiaires du présent contrat et dans les conditions suivantes :

- Sous réserve d'en aviser l'Organisme Assureur par lettre recommandée avec avis de réception, au moins deux (2) mois avant le 31 décembre de l'année en cours, ce changement sera alors effectif à partir du 1^{er} janvier suivant,
- En cas de modification de sa situation familiale

(nouvel ayant droit ou ayant droit cessant de remplir les conditions requises), notifiée dans les trente (30) jours qui suivent l'évènement et sous réserve que l'assuré en apporte la preuve, le changement prenant effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande,

- En cas de modification de la situation professionnelle du conjoint (embauche, cessation du contrat de travail) ayant pour conséquence selon le cas, soit qu'il cesse d'être couvert, soit qu'il soit dans l'obligation d'être couvert, par le régime frais de santé mis en place au sein de son Entreprise, sous réserve que l'assuré en apporte la preuve, le changement prenant effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

Le choix de l'option 2 ou 3 ne permet plus le retour à l'option 1 ou 2, à moins d'une modification de la situation familiale ou professionnelle, telle que décrite précédemment, le changement prenant effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant l'évènement.

Cette modification est applicable tant pour l'Assuré que les ayants droit pendant un exercice civil, sauf en cas de modification familiale ou professionnelle.

CHAPITRE IV. SUSPENSION, MAINTIEN ET CESSATION DES GARANTIES

ARTICLE 10. CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

10.1. Cas de suspension de contrat de travail indemnisé
En cas de suspension du contrat de travail d'un Assuré donnant lieu à indemnisation [que ce soit sous la forme d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'Employeur (salaire ou revenu de remplacement, à la charge de l'Employeur y compris en cas d'activité partielle, activité partielle de longue durée...), ou sous la forme d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières ou rente d'invalidité) financée au moins pour partie par l'Employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers], les garanties de l'Assuré et de ses ayants-droit définies au présent contrat sont maintenues pendant toute la durée de suspension du contrat de travail de l'Assuré.

Les cotisations sont intégralement dues par l'Assuré, pour lui-même, et le cas échéant, pour ses ayants-droit affiliés au contrat.

10.2. Cas de suspension de contrat de travail non indemnisé

En cas de suspension du contrat de travail de l'Assuré excédant un (1) mois continu et ne donnant lieu ni à maintien total ou partiel de rémunération par l'Employeur (salaire ou revenu de remplacement, à la charge de l'Employeur), **ni à indemnisation complémentaire** (indemnités journalières ou rente d'invalidité) financée au moins pour partie par l'Employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, les garanties de l'Assuré et de ses ayants-droit sont suspendues de plein droit.

Il en est ainsi notamment en cas de :

- congé sabbatique ;



- congé pour création d'Entreprise ;
- congé parental d'éducation ;
- congé individuel de formation ;
- congé de présence parentale ;
- congé sans solde, tel que convenu après accord entre l'Employeur et le salarié ;
- et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation, telle que décrite ci-dessus.

La suspension des garanties intervient à la date de la suspension du contrat de travail.

Elle s'achève dès la reprise effective du travail par l'Assuré, sous réserve que l'Organisme Assureur en soit informé dans un délai de trois (3) mois suivant la reprise.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

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 présent contrat.

10.3. Maintien des garanties à titre facultatif

Les Assurés en suspension de contrat de travail dans les conditions visées à l'Article 10.2 des présentes Conditions Générales, et leurs ayants-droit, peuvent toutefois bénéficier, à titre **facultatif**, du maintien des garanties décrites dans le présent Contrat, dans les conditions définies ci-après, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation et d'avoir sollicité le maintien, à titre facultatif, des garanties du contrat socle obligatoire.

Les garanties et prestations sont identiques à celles du présent Contrat.

La demande de maintien doit être faite par écrit auprès de l'Organisme Assureur au plus tard dans le mois suivant la date du début de suspension du contrat de travail.

La demande de maintien doit être faite par écrit auprès de l'Organisme Assureur au plus tard dans le mois suivant la date du début de suspension du contrat de travail.

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

1) Prise d'effet du maintien des garanties

Les garanties prennent effet au plus tôt le premier jour de la suspension du contrat de travail si la demande a été formulée antérieurement à celle-ci. Dans les autres cas, elles prendront effet le premier jour du mois suivant la demande, sous réserve que l'Assuré n'y ait pas renoncé dans les trente (30) jours suivant la suspension.

2) Cessation du maintien des garanties

- **Modalités de résiliation du maintien :**

Le membre participant peut résilier le maintien facultatif chaque année à son échéance annuelle (31 décembre) en envoyant une lettre recommandée à cet effet à la mutuelle au moins deux mois avant cette échéance (soit le 31 octobre au plus tard).

Le membre participant peut également résilier son contrat en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau du maintien.

La résiliation prend effet à l'expiration du délai d'un mois suivant la réception par la Mutuelle de la demande de résiliation.

La demande de résiliation peut être effectuée, au choix :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit, lorsque la mutuelle ou l'union propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat ou le règlement.

La résiliation prend effet à l'expiration du délai d'un mois suivant la réception par l'organisme assureur de la demande de résiliation.

- **Cessation des garanties :**

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de fin de la suspension du contrat de travail de l'Assuré,
- à la date de résiliation de l'affiliation par l'Organisme Assureur en cas de non-paiement des cotisations, telle que prévue au paragraphe 4) ci-après,
- à la date d'effet de la résiliation par l'assuré dans les conditions précisées au paragraphe précédent "modalités de résiliation du maintien", étant précisé que cette résiliation est définitive,
- à la date de liquidation de la pension de retraite de la Sécurité sociale, sauf situation de cumul emploi retraite prévue par la législation en vigueur,
- à la date d'effet de la résiliation du présent contrat,
- à la date d'effet de la résiliation du contrat collectif à adhésion obligatoire,
- à la date de cessation du contrat de travail de l'Assuré (correspondant au terme du préavis effectué ou non), sous réserve des dispositions de l'Article 11 des présentes Conditions Générales,
- et, en tout état de cause, au jour du décès de l'Assuré, sous réserve des dispositions de l'Article 11.1 des présentes Conditions Générales.

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 et ce, à hauteur des garanties couvertes.

3) Cotisations

Les cotisations des Assurés en suspension de contrat de travail dans les conditions visées à l'Article 10.2 des présentes Conditions Générales, sont appelées sur les mêmes tarifs que ceux appliqués aux salariés actifs, les cotisations étant intégralement à leur charge.

Les cotisations sont payables par les Assurés mensuellement d'avance, par prélèvement sur leur compte bancaire par l'Organisme Assureur.



4) Défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, l'Assuré peut être exclu du groupe assuré.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante (40) 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 (10) jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'Assuré 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.

ARTICLE 11. CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

11.1. Anciens salariés : préretraités, retraités, anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité, d'invalidité ou d'un revenu de remplacement et ayants-droit d'un assuré décédé

Les anciens salariés assurés au titre du présent Contrat bénéficiant de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi, peuvent bénéficier, dans le cadre d'une adhésion facultative, du maintien des garanties frais de santé définies au présent contrat (régime d'accueil).

En application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi Évin), peuvent bénéficier, à titre facultatif, du maintien de la couverture prévue par le contrat, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- les anciens salariés obtenant la liquidation de leur pension de vieillesse de la Sécurité sociale, à condition d'avoir été affiliés au contrat en tant qu'actifs, et sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les **six (6) mois** suivant la cessation 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 (6) mois** suivant la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, suivant la date à laquelle prend fin le maintien prévu à l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale ;
- les salariés privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les **six (6) mois** suivant la rupture de leur contrat de travail, ou le cas échéant, suivant la date à laquelle prend fin le bénéfice du maintien des garanties tel que prévu à l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale ;
- le(s) ayant(s) droit garantis du chef de l'Assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les **six (6) mois** suivant le décès du salarié.

Le dépassement des délais ci-dessus mentionnés entraîne la forclusion définitive de la demande.

L'Organisme Assureur doit en conséquence être informé du décès ou de la cessation du contrat de travail, par l'Entreprise, dans les meilleurs délais.

Les garanties prennent effet :

- pour un **ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité, d'invalidité ou d'un revenu de remplacement (allocation chômage)** : au plus tôt, le lendemain de la radiation du contrat des actifs et au plus tard, le lendemain de la demande ;
- pour un **retraité ou un préretraité ayant été affilié au régime en tant qu'actif** : au plus tôt, le lendemain de la radiation du contrat des actifs et au plus tard, le lendemain de la demande ;
- pour le(s) **ayant(s) droit d'un Assuré décédé** : au plus tôt, le lendemain du décès de l'Assuré et au plus tard, le lendemain de la demande.

Une proposition de maintien des garanties est adressée par l'Organisme Assureur aux anciens salariés visés à l'article 4 de la loi « Évin » et le cas échéant, aux personnes garanties du chef de l'Assuré décédé, au plus tard dans un délai de **deux (2) mois** à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité ou dans les **deux (2) mois** suivant le décès du salarié à condition que l'Entreprise ait informé l'Organisme Assureur dans les meilleurs délais.

Les Assurés devront faire part de leur choix par écrit, adressé à l'Organisme Assureur.

Les conditions de mise en œuvre des garanties sont indiquées en Annexe I des présentes Conditions Générales.

11.2. Anciens salariés privés d'emploi et indemnisés par Pôle Emploi (dispositif de portabilité)

Les salariés assurés au titre du présent Contrat, bénéficient du maintien à titre gratuit de la couverture prévue par le présent Contrat en cas de cessation du contrat de travail non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'Assurance chômage, selon les conditions suivantes :

1. Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même Employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze (12) mois ;
2. Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier Employeur ;
3. Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'Entreprise ;
4. L'ancien salarié justifie auprès de son Organisme Assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail.

L'Employeur doit signaler le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informer l'Organisme Assureur dont relève le salarié de la cessation du contrat de travail.

1) Définition des bénéficiaires du dispositif

Peuvent bénéficier du maintien des garanties définies au présent Contrat, les anciens salariés et le cas échéant leurs ayants droit bénéficiaires des garanties au moment de la cessation du contrat de travail, satisfaisant aux conditions cumulatives suivantes :

- le contrat de travail doit avoir été rompu : l'ensemble des motifs de cessation du contrat de travail sont admis (licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif reconnu légitime par l'Assurance chômage, convention de reclassement personnalisé notamment) à l'**exception de la faute lourde** ;
- la cessation de ce contrat de travail doit ouvrir droit à indemnisation par le régime d'Assurance chômage ;
- les droits à prestations doivent avoir été ouverts chez le dernier Employeur avant la rupture du contrat de travail.

2) Obligations des parties

a) Obligations des anciens salariés

Les anciens salariés doivent justifier auprès de l'Organisme Assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions énoncées ci-dessus et notamment de leur indemnisation par le régime d'Assurance chômage, s'ils souhaitent bénéficier du maintien des garanties (notamment l'ouverture des droits à l'indemnisation chômage et la cessation du versement des allocations chômage).

b) Obligations de l'Entreprise

L'Entreprise doit remettre à chacun des anciens salariés une Notice d'Information établie par l'Organisme Assureur.

La preuve de la remise de cette notice ainsi que de ses modifications, incombe à l'Entreprise.

Par ailleurs, elle doit remplir, vis-à-vis de l'Organisme Assureur, les obligations suivantes :

- **informer dans les plus brefs délais de la cessation du contrat de travail de ses anciens salariés ;**
- **signaler, dans le certificat de travail de l'ancien salarié, le maintien de ces garanties.**

3) Prise d'effet, durée et cessation du maintien des garanties prévues au contrat

a) Prise d'effet du maintien

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié.

b) Durée du maintien

L'ancien salarié et, le cas échéant, ses ayants droit bénéficient de ce maintien des garanties à compter de la date de cessation du contrat de travail, pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage dans la limite du dernier contrat de travail de l'ancien salarié ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même Employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur **sans pouvoir excéder douze (12) mois.**

Il est précisé que la suspension des allocations chômage n'a pas pour conséquence de prolonger d'autant la période de maintien de droits.

c) Cessation du maintien

Le maintien des garanties cesse :

- **à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'Assurance chômage (reprise d'activité professionnelle, liquidation de la pension de retraite de base, notamment) ou dès lors que l'ancien salarié n'apporte plus la preuve de bénéficier de cette indemnisation ;**
- **à la date d'effet de la résiliation du présent contrat collectif ;**
- **en raison de la nature surcomplémentaire du présent contrat, à la date d'effet de la résiliation du contrat collectif à adhésion obligatoire,**
- **en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de douze (12) mois suivant la date de cessation du contrat de travail ;**
- **au jour du décès de l'assuré.**

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 et ce, à hauteur des garanties couvertes.

4) Définition des garanties et prestations

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur au sein de l'Entreprise, pour la catégorie de salariés actifs à laquelle appartenaient les anciens salariés.

5) Modifications contractuelles

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (modification du niveau des prestations, des cotisations, des conditions de règlement, notamment), pendant la période de maintien des droits, seront opposables aux anciens salariés dans les mêmes conditions, ainsi qu'à leurs ayants droit.

6) Modalités de financement

Le maintien des garanties, dans les conditions suscitées, s'effectue par le biais d'un **financement assuré par mutualisation**.

7) Droits à portabilité ouverts à la date de prise d'effet du contrat

Les anciens salariés de l'Entreprise dont les droits à portabilité sont ouverts à la date de prise d'effet du contrat bénéficient du maintien des garanties, dans les conditions définies au présent article, pour la période de maintien de leurs droits restant à courir, sous réserve qu'ils aient été déclarés à l'Organisme Assureur préalablement à la souscription du contrat.

ARTICLE 12. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du présent contrat cessent :

- à la date à laquelle l'Assuré cesse d'appartenir à la catégorie de personnel figurant aux Conditions Particulières,
- à la date d'exclusion par l'Organisme Assureur en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions définies à l'Article 23 « Défaut de paiement des cotisations » des présentes Conditions Générales ;
- pour les ayants droit, dès lors qu'ils ne répondent plus à la qualité d'ayant droit telle que définie à l'Article 6 des présentes Conditions Générales ;
- à la date à laquelle l'adhésion des bénéficiaires a été résiliée ;
- à la date de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale de l'Assuré, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur (sous réserve du bénéfice de l'Article 11.1 des présentes Conditions Générales) ;
- à la date de cessation du contrat de travail de l'Assuré (au terme du préavis effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties telles que prévues à l'Article 11.2 des présentes Conditions Générales ;
- au jour du décès de l'Assuré, sous réserve des dispositions de l'article 4 de la loi Évin, en ce qui concerne les ayants droit garantis du chef de l'Assuré décédé ;
- à la date de résiliation du contrat collectif à adhésion obligatoire ;
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du présent Contrat.

La cessation des garanties mises en œuvre au bénéfice de l'Assuré entraîne, à la même date, la cessation des garanties mises en œuvre au profit de ses 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 et ce, à hauteur des garanties couvertes.

II. CONDITIONS DE GARANTIES : PRESTATIONS ET COTISATIONS

CHAPITRE V. ÉTENDUE DES GARANTIES

ARTICLE 13. 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 présent contrat, sauf dérogations expressément indiquées dans les tableaux de garanties présentés en annexe aux présentes Conditions Générales (s'agissant, en tout état de cause, de spécialités ou actes à caractère thérapeutique, non liés au confort ou à l'esthétique).

ARTICLE 14. DISPOSITIF CONTRAT « SOLIDAIRE ET RESPONSABLE » ET « PANIER DE SOINS »

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a mis en place un ensemble de mesures visant à la maîtrise des dépenses de santé. Elle a défini les « garanties responsables » qui visent à inciter le patient à respecter le parcours de soins.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a introduit une réforme en profondeur de ces garanties responsables, avec la mise en place de nouvelles obligations de prise en charge et le plafonnement de certaines prestations. Ce nouveau cahier des charges du contrat responsable a été précisé par décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

Le 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 a adapté le cahier des charges des contrats responsables, tel qu'il résultait du décret du 11 novembre 2014, pour la mise en œuvre de la réforme « 100 % santé » telle qu'issue de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019.

La garantie de votre contrat respecte les obligations minimales et maximales légales et réglementaires de prise en charge conformément aux dispositions du contrat responsable prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

La garantie et les niveaux de remboursement de votre contrat seront adaptés en fonction des éventuelles évolutions législatives et réglementaires régissant « la couverture minimale » et /ou « les contrats responsables ».

Une garantie responsable doit prévoir :

1) Des prises en charge obligatoires :

- la prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour tous les actes pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (= 100 % du Ticket modérateur), sauf pour la pharmacie remboursée à 15% et 30%, l'homéopathie et les cures thermales;
- la prise en charge de l'intégralité du forfait hospitalier, sans limitation de durée.
- la prise en charge de l'intégralité du Forfait Patient

Urgences (FPU)

- la prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour les séances d'accompagnement psychologique, dans la limite de 8 séances par an

2) L'encadrement de certaines prestations si elles sont prévues par le contrat :

- Dépassement d'honoraires des médecins : la prise en charge des dépassements d'honoraires par le contrat responsable est plafonnée lorsque le médecin qui pratique le dépassement d'honoraire n'a pas adhéré à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)* prévus par la convention médicale en vigueur. Ainsi, cette prise en charge ne peut pas être supérieure à 100% de la base de remboursement sécurité sociale (BRSS) et doit être inférieure d'au moins 20% de la BRSS à la prise en charge, par le contrat, des dépassements d'honoraires des médecins qui ont adhéré à un DPTM.

(* Ces dispositifs sont l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO).

3) Des prises en charges en dentaire, optique et des aides auditives :

- Remboursement Optique : le contrat responsable distingue entre deux classes d'équipements optiques :
 - La prise en charge des équipements de Classe A « reste à charge zéro » tels que définis dans la Liste des Produits et Prestations (LPP) après l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels.
 - La prise en charge des équipements de Classe B « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect des montants minimum et maximum de remboursement définis en fonction du type de verre, tels que précisés par l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale. Enfin, le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros.

La prise en charge d'un équipement (verres + monture) se fait par période de deux ans, appréciée à compter de la date d'acquisition. Le renouvellement est possible au terme d'une période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (telle que définie dans la LPP), ainsi que dans d'autres cas précisés par la LPP.

- Remboursement des aides auditives : le contrat responsable distingue entre deux classes d'aides auditives :
 - La prise des équipements de Classe I « reste à charge zéro » tels que définis dans la LPP au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels.
 - La prise des équipements de Classe II « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tel que précisé par l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale.



Le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période de 4 ans après le dernier remboursement, dans les conditions fixées dans la LPP. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

■ Remboursement dentaire : le contrat responsable distingue trois paniers de soins :

- La prise en charge des actes appartenant au panier « 100% Santé » (« reste à charge zéro ») au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels engagés
- La prise en charge des actes appartenant au panier de soins à « reste à charge maîtrisé » à hauteur du ticket modérateur,
- La prise en charge des actes appartenant au panier de soins « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur.

4) Des exclusions de prise en charge :

- la majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins,
- la franchise 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.

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration du présent document s'appliqueront immédiatement afin de conserver à la garantie son caractère responsable.

5) La possibilité de bénéficiaire du tiers payant :

La garantie responsable doit permettre à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de cette garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix limites de vente pour les équipements optiques et auditifs appartenant au panier de soins 100% santé ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation pour les actes appartenant au panier de soins 100% santé. Le bénéfice du tiers payant sur la part complémentaire est toutefois subordonné à la demande du professionnel de santé à l'origine des soins.

CHAPITRE VI. MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le présent contrat intervient sous déduction des prestations servies au titre du régime obligatoire de base de la Sécurité sociale et du contrat collectif socle obligatoire complémentaire souscrit par l'Employeur.

Pour le conjoint (ou assimilé) travailleur non salarié, les remboursements sont effectués sur les mêmes bases que ceux dont bénéficient les assurés du contrat.

ARTICLE 15. MONTANTS RETENUS

• Prestation exprimée en pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale

Lorsque la prestation 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'évènement.

• 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,
- à défaut, aux montants indiqués par le praticien sur la note d'honoraires ou la facture pour les soins non pris en charge par 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 de l'Assuré ou de son ayant-droit, sont pris en charge dans les conditions indiquées dans les tableaux de garanties présentés en annexe aux présentes Conditions Générales.

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

Sont également couverts les frais médicaux, pharmaceutiques, d'appareillage, d'hospitalisation (à l'exception de la chambre particulière, sauf disposition spécifique prévue au tableau de garanties), l'ensemble des frais d'analyses et d'examens en laboratoire, frais d'optique et prothèses dentaires.

ARTICLE 16. DISPOSITION POUR LES DÉPARTEMENTS DU BAS RHIN, DU HAUT RHIN ET DE LA MOSELLE

Si parmi les assurés affiliés au contrat, certains relèvent du régime local Alsace Moselle, l'organisme assureur tiendra compte des dispositions spécifiques prévues par le Code de la Sécurité sociale pour cette zone géographique.

ARTICLE 17. FORMALITÉS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont traitées :

- par échange NOÉMIE (télétransmission), sauf opposition écrite de l'Assuré ;
- sur présentation du décompte établi par le régime obligatoire de 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 de l'Assuré ; décomptes originaux des règlements du régime obligatoire de la Sécurité sociale).

Pour les actes ou frais non pris en charge par la Sécurité sociale, l'Assuré devra adresser à l'Organisme Assureur les originaux des factures et notes d'honoraires acquittés. Lors de l'affiliation, l'Assuré fournit un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

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

Les demandes de prestations doivent être produites dans un délai de deux (2) ans, lequel commence à courir à partir de la date du décompte de la Sécurité sociale, date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations.

ARTICLE 18. DÉLAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations garanties sont servies dans un délai maximum de **quarante-huit (48) heures** en échange NOÉMIE ou de **cinq (5) jours** ouvrés à réception des décomptes et des pièces nécessaires à la constitution du dossier et des éventuels renseignements complémentaires demandés par les Organismes Assureurs, hors flux NOÉMIE.

Les prestations sont versées soit directement à l'Assuré (par virement sur compte bancaire), soit aux professionnels de santé si l'un des bénéficiaires des garanties du présent Contrat a fait usage du tiers payant.

ARTICLE 19. PRINCIPE INDEMNITAIRE

Les remboursements ou les indemnités 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 et dans la limite des plafonds d'indemnisation fixés aux articles L871-1, R871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

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 conjoint (ou assimilé) salarié bénéficiant d'une couverture frais médicaux au sein de son Entreprise et couvert par le présent contrat en tant qu'ayant droit a la possibilité de faire intervenir les deux Organismes Assureurs.

Le premier Organisme Assureur consulté interviendra dans la limite des frais réels et des dispositions prévues à son Contrat. Si après cela, un reste à charge demeure, le deuxième Organisme Assureur interviendra dans la limite du reste à charge, de la garantie prévue à son Contrat et, en tout état de cause dans le respect des interdictions et plafonds de prise en charge des «

contrats responsables ».

ARTICLE 20. PRESCRIPTION

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au Contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'Assuré ou de son ayant-droit, que du jour où les Organismes Assureurs en ont 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 de l'assuré ou de son ayant-droit contre les Organismes Assureurs 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'assuré ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

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

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Organisme Assureur à l'Entreprise, ou à l'Assuré, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Entreprise, l'Assuré ou l'ayant droit, à l'Organisme Assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

CHAPITRE VII. COTISATIONS

ARTICLE 21. ASSIETTE, STRUCTURES ET MODALITÉS DE RÉVISION DES COTISATIONS

21.1. Assiette des cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de leur exigibilité. Leur montant est indiqué aux Conditions Particulières.

Les cotisations augmenteront chaque année en fonction de l'évolution de ce plafond.

21.2. Structures de cotisations

Une cotisation « **Adulte** » / « **Enfant** » est retenue afin de financer les garanties du contrat.

La cotisation est déterminée pour chaque adulte et pour chaque enfant composant la famille.

La gratuité de la cotisation enfant est appliquée à compter du 3^e enfant.



21.3. Révision des cotisations

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.

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.

Ces mesures seront formalisées par voie d'avenant au contrat dans les conditions définies à l'Article 4.2 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 22. PAIEMENT DES COTISATIONS

22.1. Paiement des cotisations par l'assuré

Les cotisations afférentes à l'adhésion de l'Assuré et le cas échéant, de ses ayants droit, sont payables par l'Assuré mensuellement d'avance, dans les dix (10) jours de leur échéance.

Le paiement est effectué par prélèvement sur son compte bancaire par l'Organisme Assureur. A ce titre, l'Assuré doit remettre à ce dernier un Relevé d'Identité Bancaire et un mandat de prélèvement SEPA.

L'Assuré est seul responsable du paiement des cotisations dont il a la charge intégrale.

Les modalités de paiement des cotisations ci-dessus présentées sont applicables sauf entente plus favorable convenue avec l'Employeur.

Remarque :

En cas d'affiliation d'un Assuré ou d'un ayant-droit avant le 15 du mois, l'intégralité de la cotisation afférente au mois en cours doit être versée.

En cas d'affiliation d'un Assuré ou d'un ayant-droit à partir du 15 du mois, la cotisation afférente au mois en cours est gratuite.

Pour toute radiation d'un Assuré ou d'un ayant-droit avant le 15 du mois, la cotisation afférente au mois en cours est gratuite.

Pour toute radiation d'un Assuré ou d'un ayant-droit à partir du 15 du mois, l'intégralité de la cotisation afférente au mois en cours doit être versée.

Par dérogation, en cas de résiliation des garanties optionnelles ou des maintiens facultatifs en cours de mois, les cotisations sont dues au prorata du nombre de jours couverts. De même, en cas de décès du membre participant ou de l'un de ses ayants droit, la cotisation

due est calculée au prorata du nombre de jours couverts avant le décès.

ARTICLE 23. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

23.1. Défaut de paiement des cotisations par l'Assuré

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, l'assuré qui ne paie pas sa cotisation peut être exclu, ainsi que ses ayants droit.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante (40) 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 (10) jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'Assuré 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.

Les frais entraînés par un rejet de prélèvement pour défaut de provision sont imputables à l'Assuré (et le cas échéant à ses ayants droit).

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.

23.2. Défaut de paiement des cotisations par l'Entreprise

À défaut de paiement des cotisations dans les dix (10) jours suivant l'échéance et après mise en demeure adressée par lettre recommandée avec avis de réception non suivie d'effet dans un délai de quarante (40) jours après son envoi, la garantie est suspendue.

Dans la lettre de mise en demeure, l'Organisme Assureur doit informer l'Entreprise des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties.

La garantie ne peut être suspendue avant trente (30) jours suivant la mise en demeure.

L'Assuré est informé qu'après un délai de quarante (40) jours suivant la mise en demeure, le défaut de paiement par l'Entreprise adhérente est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'Entreprise pour le paiement des cotisations.

L'Organisme Assureur a le droit de résilier le contrat dix (10) jours après le délai de trente jours suivant la date de mise en demeure.

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

III. AUTRES DISPOSITIONS

ARTICLE 24. DÉCLARATION ET APPRÉCIATION DU RISQUE

Les déclarations faites, tant par l'Entreprise que par l'Assuré, servent de base à la garantie.

L'Organisme Assureur se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées, l'exactitude des documents produits tant au moment de la souscription, du versement des cotisations qu'au moment du versement des prestations, notamment par la consultation du registre du personnel et des écritures comptables.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, la garantie accordée par l'Organisme Assureur est nulle, dès lors que cette réticence ou cette fausse déclaration intentionnelle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Organisme Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations réglées demeurent acquises à l'Organisme Assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages-intérêts.

ARTICLE 25. SUBROGATION

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, les Organismes Assureurs sont subrogés jusqu'à concurrence du montant desdites prestations, dans les droits et actions de l'Assuré ou de son ayant droit victime d'un accident, contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

ARTICLE 26. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations communiquées sont traitées par l'organisme assureur, responsable de traitement, ou l'organisme gestionnaire par délégation.

Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent

être conservées pendant une durée maximale de cinq (5) ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, les données peuvent être conservées trois (3) ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant de l'Assuré (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). Des précisions complémentaires sur les durées de conservation des données peuvent être obtenues en contactant son Organisme Assureur.

L'Assuré peut demander l'accès, la rectification, l'effacement des données personnelles ainsi que limiter ou s'opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) de son Organisme Assureur, dont les coordonnées sont précisés dans les Conditions Particulières.

L'Assuré peut également demander la portabilité des données fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis. L'Organisme Assureur peut demander à l'assuré de fournir un justificatif d'identité pour confirmer son identité avant de répondre à la demande.

Pour en savoir plus, l'Assuré peut consulter le site internet de son Organisme Assureur.

En tout état de cause, l'Assuré qui le souhaite peut saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

L'Assuré qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Worldline - Service Bloctel, CS 61311, 41013 Blois Cedex

Toutefois, tant que le contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, cette inscription n'interdit pas à l'Organisme assureur de démarcher téléphoniquement l'Assuré si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de l'Organisme assureur, à l'adresse mentionnée à l'article ci-dessus, à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

ARTICLE 27. RÉCLAMATION-LITIGE ET MÉDIATION

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel.

Une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification, ou une demande d'avis n'est pas une réclamation (conformément à la recommandation de l'ACPR du 14 novembre 2016 n°2016-R-02).

Les réclamations concernant l'application du contrat peuvent être adressées à l'Organisme Assureur mentionné aux Conditions Particulières.



En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du présent Contrat, ou de désaccord sur la réponse donnée à la réclamation ou d'absence de réponse de l'Organisme Assureur sollicité, l'Entreprise ou l'Assuré peuvent avoir recours au médiateur nommé par l'Organisme Assureur et désigné aux Conditions Particulières.

ARTICLE 28. TERRITORIALITÉ

Les garanties ne sont acquises qu'aux assurés 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 garanties produisent leurs effets dans le monde entier si le séjour de l'Assuré à l'étranger n'excède pas trois (3) mois ou si l'Assuré est détaché par son Employeur au sein de l'Union Européenne et qu'il bénéficie du régime de la Sécurité sociale.

Les prestations de l'Organisme Assureur viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale et sont payées en euros.

ARTICLE 29. ORGANISME DE CONTRÔLE DES ORGANISMES ASSUREURS

L'organisme de contrôle des Organismes Assureurs est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - ACPR - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

ARTICLE 30. 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 au jour de la signature de l'avenant n°11 du 16 avril 2008, tel que modifié par ses avenants ultérieurs, à la Convention Collective Nationale de la Coiffure et des Professions Connexes du 10 juillet 2006 relatif au régime de soins de santé.

Conformément à l'Article 4.2 « Révision du contrat » 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.

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.

ARTICLE 31 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET FINANCEMENT DU TERRORISME, GEL DES AVOIRS ET DE PRÉVENTION DE LA CORRUPTION

La mutuelle doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption. La mise en oeuvre de ces

réglementations pourra amener la mutuelle à solliciter auprès du souscripteur et des adhérents la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (ressources ou l'origine des fonds déclarés). En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la mutuelle est assujettie. La souscription et l'adhésion sont conditionnées aux résultats des vérifications conduites et pourront être refusées, dès lors que cela exposerait la mutuelle à une quelconque sanction.

ANNEXE I. MAINTIEN DES GARANTIES DU RÉGIME D'ACCUEIL

Les dispositions qui suivent organisent la mise en œuvre du maintien de couverture au bénéfice des personnes visées à l'article 4 de la loi ÉVIN N° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Les anciens salariés assurés précédemment au titre du régime des actifs, ainsi que les ayants droit des salariés décédés, peuvent bénéficier du maintien des garanties en adhérant à titre individuel et facultatif au régime d'accueil mis en place, **en contrepartie du paiement de la cotisation correspondante, sous réserve d'en formuler la demande dans un délai de six (6) mois à compter de la rupture du contrat de travail ou du décès de l'Assuré.**

Dans l'hypothèse où l'Assuré a bénéficié du maintien des garanties au titre de l'Article 11.2 des présentes Conditions Générales, le point de départ du délai de six (6) mois est reporté à l'expiration du bénéfice de ce maintien.

1) Prise d'effet des garanties

• Modalités d'affiliation

Les garanties prennent effet :

- pour un **ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité, d'invalidité ou d'un revenu de remplacement (allocation chômage)** : au plus tôt, le lendemain de la radiation du contrat des actifs et au plus tard, le lendemain de la demande ;
- pour un **retraité ou pré-retraité ayant été affilié au régime en tant qu'actif** : au plus tôt, le lendemain de la radiation du contrat des actifs et au plus tard, le lendemain de la demande ;
- pour le(s) **ayant(s) droit de l'assuré décédé** : au plus tôt, le lendemain du décès de l'assuré et au plus tard, le lendemain de la demande.

L'adhésion s'effectue sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médical, sous réserve qu'elle soit demandée à l'Assureur dans les six (6) mois suivant la rupture du contrat de travail ou le cas échéant, suivant la date à laquelle prend fin le maintien prévu à l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, ou pour les ayants droits, du décès du salarié.

Afin d'adhérer au contrat d'accueil, chaque candidat à l'assurance doit remplir, signer et retourner à l'Organisme Assureur un Bulletin Individuel d'Affiliation, afin de préciser notamment ses noms, prénoms, date de naissance, numéro de Sécurité sociale, nature de la rupture du contrat de travail.

Le dépassement des délais ci-dessus mentionnés entraîne la forclusion définitive de la demande.

Sous réserve du paiement des cotisations, l'adhésion et les garanties du contrat d'accueil prennent effet le lendemain de la demande d'adhésion et au plus tôt à la date de rupture du contrat de travail de l'ancien assuré, qui bénéficiait des garanties du contrat collectif obligatoire, ou le lendemain de la date de décès de l'ancien assuré.

Chaque Assuré est couvert pour les mêmes garanties que celles dont il bénéficiait à titre obligatoire en tant qu' « actif » ou, le cas échéant, au niveau auquel le salarié décédé était couvert à titre obligatoire dans son Entreprise.

À compter de la date d'effet de l'adhésion au contrat d'accueil, l'ensemble des frais est pris en charge à concurrence des garanties souscrites, quelle que soit l'antériorité de l'affection.

En revanche, les dépenses engagées avant la date d'effet de l'adhésion ne sont pas couvertes.

• Faculté de renonciation à l'adhésion

L'Assuré ainsi que ses ayants droit, le cas échéant, qui bénéficient des garanties du contrat d'accueil à titre facultatif peuvent renoncer à leur adhésion par lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'Organisme Assureur, pendant un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception de l'Assuré est informé que l'adhésion au régime d'accueil a pris effet.

Dans le cas où la cotisation est à échoir, la renonciation entraîne de plein droit la restitution par l'Organisme Assureur de l'intégralité des cotisations versées par le bénéficiaire dans un délai maximal de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée, sous déduction des éventuelles prestations versées.

La renonciation est définitive.

2) Cessation du maintien des garanties

• Résiliation de l'adhésion par l'assuré

L'Assuré peut résilier son adhésion au contrat d'accueil à chaque échéance annuelle. Cette demande ne peut intervenir qu'au 31 décembre de l'exercice et doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception à l'Organisme Assureur au moins **deux (2) mois** avant l'échéance.

L'assuré peut résilier le maintien facultatif en cours d'année après expiration d'un délai d'**un an** à compter de la date d'effet du maintien.

La résiliation prend effet à l'expiration du délai d'un mois suivant la réception par l'organisme assureur de la demande de résiliation.

La demande de résiliation peut être effectuée, au choix :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit, lorsque la mutuelle ou l'union propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat ou le règlement.

Cette résiliation est définitive et sans possibilité de réintégration, elle vaut tant pour l'Assuré que pour ses ayants droit, s'ils bénéficient des garanties du contrat d'accueil.



• Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation opérée dans les conditions mentionnées au paragraphe précédent "Résiliation de l'adhésion par l'assuré" ;
- à la date de l'exclusion de l'Assuré par l'Organisme Assureur, en cas de non-paiement des cotisations, tel que prévu au paragraphe « Défaut de paiement des cotisations » de la présente annexe ;
- au jour du décès de l'Assuré.

La résiliation par l'Entreprise du présent Contrat collectif obligatoire et donc, du Contrat collectif surcomplémentaire facultatif a pour conséquence qu'aucune nouvelle adhésion au contrat d'accueil ne pourra être prise en compte.

L'Entreprise et l'Organisme Assureur pourront, à la demande de l'Entreprise, convenir des modalités de transfert des personnes garanties par le présent contrat.

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 du contrat d'accueil, pourront être pris en charge, et ce, à hauteur des garanties couvertes.

3) Cotisations

La cotisation est fixée en référence au contrat auquel était affilié l'ancien salarié dans la limite définie par la réglementation en vigueur à la date d'effet de l'adhésion de l'Assuré.

Elle est payable mensuellement d'avance dans les dix (10) jours de son échéance.

Le paiement est effectué par prélèvement sur son compte bancaire par l'Organisme Assureur.

L'ancien salarié ou l'ayant droit du salarié décédé est seul responsable du paiement des cotisations dont il a la charge intégrale.

En cas de résiliation du maintien en cours de mois, les cotisations sont dues au prorata du nombre de jours couverts dans le mois.

4) Défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, l'assuré qui ne paie pas sa cotisation peut être exclu, ainsi que ses ayants droit.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante (40) 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 (10) jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'Assuré 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.

Les frais entraînés par un rejet de prélèvement pour défaut de provision sont imputables à l'Assuré (et le cas échéant à ses ayants droit).

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.

ANNEXE II. RÉSUMÉ DES GARANTIES

BASE CONVENTIONNELLE

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS Y COMPRIS AMO*
	BASE CONVENTIONNELLE
HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale et Maternité)	
Honoraires, actes et soins ⁽¹⁾	
- Médecins signataires DPTM*	135 % BR*
- Médecins non signataires DPTM	115 % BR
Séjours	
- Frais de séjour en établissement conventionné	145 % BR
- Frais de séjour en établissement non conventionné	145 % BR
- Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	Frais réels
- Forfait patient urgences	Frais réels
- Chambre particulière avec ou sans nuitée ⁽³⁾	15 € par jour
- Frais d'accompagnement ⁽⁴⁾	Néant
- Lit accompagnant	15 € par jour
Participation du patient ⁽⁵⁾	Frais réels
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux : Consultations et visites des Médecins Généralistes et Spécialistes	
- Médecins signataires DPTM	120 % BR
- Médecins non signataires DPTM	100 % BR
Honoraires paramédicaux	
- Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	
- Remboursés par l'AMO	100 % BR
- Non remboursés par l'AMO	50 % FR par acte dans la limite de 115 €
Actes d'imagerie médicale (ADI) et d'échographie (ADE)	
- Médecins signataires DPTM	100 % BR
- Médecins non signataires DPTM	100 % BR
Actes techniques médicaux (ATM) et de chirurgie (ADC)	
- Médecins signataires DPTM	100 % BR
- Médecins non signataires DPTM	100 % BR
Médicaments	
- Médicaments à Service Médical Rendu important	100 % BR
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	100 % BR
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	100 % BR
Pharmacie	
- Pharmacie (hors médicaments) remboursée par l'AMO	100 % BR
- Pilules et patchs contraceptifs prescrits et non remboursés par l'AMO	60 € par année civile
- Vaccins prescrits et non remboursés par l'AMO (uniquement injections)	110 € par année civile
Matériel médical	
- Orthopédie et autres prothèses remboursées par l'AMO (hors auditives, dentaires et optiques)	125 % BR
- Prothèses capillaires et implants mammaires remboursés par l'AMO	100 % BR + 250 € - Forfait par année civile et par bénéficiaire
Participation du patient ⁽⁵⁾	Frais réels
Transport remboursé par l'AMO	100 % BR
DENTAIRE	
Soins, actes et consultations	125 % BR
Inlays et Onlays	270 % BR
Orthodontie remboursée par l'AMO	175 % BR tous les 6 mois
Soins et prothèses 100 % santé ⁽⁶⁾ Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé	
- Panier 100 % santé	RSS* + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des HLF*
Soins et prothèses paniers à honoraires maîtrisés et libres ⁽⁶⁾	
- Panier à honoraires maîtrisés	270 % BR dans la limite des HLF
- Panier à honoraires libres	270 % BR
Actes non remboursés par l'AMO	
- Parodontologie	400 € par année civile et par bénéficiaire
- Prothèses	Néant
- Implantologie	400 € par année civile et par bénéficiaire

BASE CONVENTIONNELLE

REMBOURSEMENTS Y COMPRIS AMO*

PRESTATIONS

BASE CONVENTIONNELLE

OPTIQUE

1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale).

1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.

Possibilité de combiner des équipements de Classe A et Classe B (verres classe A + monture classe B, et inversement)

Équipements 100 % santé⁽⁶⁾ (verres et/ou monture) Classe A - Tarifs soumis à des prix limites de vente

- Monture	
- Verres (tous types de correction)	Frais réels
- Prestations d'appairage	

Équipements hors 100% santé (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres

- Monture	100 €
- Verres (tous types de correction)	100 % BR + 80 € (par verre)

Autres prestations sur verres et monture (dont filtres, prismes, verres iséiconiques, système antiptosis et prestations d'adaptation) 100 % BR

Lentilles

- Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR + 120 € - Forfait par année civile et par bénéficiaire
- Lentilles non remboursées par l'AMO	120 € par année civile et par bénéficiaire

Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO 205 € par œil, par année civile et par bénéficiaire

AIDES AUDITIVES

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.

Équipement 100% santé⁽⁶⁾ Classe I - Tarifs soumis à des prix limites de vente *Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.*

- Aides auditives	Frais réels
-------------------	-------------

Équipement hors 100% santé Classe II - Tarifs libres

- Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus)	100 % BR
- Aides auditives (plus de 20 ans)	100 % BR

Accessoires, entretien, piles, réparations 100 % BR

PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE

Actes de prévention⁽⁷⁾ 100 % BR

Ostéodensitométrie non remboursée par l'AMO 50 % FR par acte dans la limite de 115 €

Acupuncteurs, auriculothérapeutes, bio-kinergie, chiropracteurs, étioopathes, hypnose médicale, kiné méthode Mézières, mésothérapeutes, micro-kinésithérapie, ostéopathes, TENS neurostimulations électriques transcutanées, réflexologues, sophrologues. (praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS) 80 € par année civile et par bénéficiaire

Psychomotricien, Ergothérapeute (praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS) 35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 10 séances par année civile

Psychologue (praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS) 35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par année civile

Diététicien (praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS) 35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par année civile

NAISSANCE

Allocation naissance⁽⁸⁾ 230 €

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.
* 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. / 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.

⁽¹⁾ Pour les praticiens non conventionnés, la base de remboursement (BR) retenue par la mutuelle est celle des praticiens conventionnés.

⁽²⁾ Forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers, à l'exclusion des EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) et les MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées).

⁽³⁾ Prise en charge de la chambre particulière avec ou sans nuitée (= ambulatoire). Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée illimitée en Médecine et Chirurgie. Durée limitée à : 60 jours par année civile en Psychiatrie, 90 jours par année civile en Soins de suite et réadaptation, maison de repos et convalescence et en maison d'enfants à caractère sanitaire, 240 jours par année civile en centre agréé de rééducation.

⁽⁴⁾ Nuitée, repas pour un accompagnant d'un enfant de moins de 10 ans inscrit au contrat dans la limite de 30 jours par année civile.

⁽⁵⁾ Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 € en application du 1 de l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale.

⁽⁶⁾ Tels que définis réglementairement

⁽⁷⁾ Le contrat prend en charge l'ensemble des actes de prévention visés par la réglementation relative au contrat responsable.

⁽⁸⁾ Versement effectué en intégralité sur présentation de l'acte de naissance sans obligation d'inscription de l'enfant. Ce forfait est versé sur le dossier de la mère ou à défaut du père.

BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1, 2, 3
REMBOURSEMENTS Y COMPRIS AMO*

PRESTATIONS	OPTION 1 (dont « Base »)	OPTION 2 (dont « Base »)	OPTION 3 (dont « Base »)
HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale et Maternité)			
Honoraires, actes et soins ⁽¹⁾			
- Médecins signataires DPTM*	170 % BR*	220 % BR*	535 % BR*
- Médecins non signataires DPTM	130 % BR	180 % BR	180 % BR
Séjours			
- Frais de séjour en établissement conventionné	170 % BR	220 % BR	545 % BR
- Frais de séjour en établissement non conventionné	170 % BR	220 % BR	245 % BR
- Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Forfait patient urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Chambre particulière avec ou sans nuitée ⁽³⁾	70 € par jour	70 € par jour	70 € par jour
- Frais d'accompagnement ⁽⁴⁾	35 € par jour	35 € par jour	35 € par jour
- Lit accompagnant	25 € par jour	30 € par jour	35 € par jour
Participation du patient ⁽⁵⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux : Consultations et visites des Médecins Généralistes et Spécialistes			
- Médecins signataires DPTM	140 % BR	190 % BR	250 % BR
- Médecins non signataires DPTM	115 % BR	165 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux			
- Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)	125 % BR	175 % BR	250 % BR
Analyses et examens de laboratoire			
- Remboursés par l'AMO	125 % BR	175 % BR	250 % BR
- Non remboursés par l'AMO	50 % FR par acte dans la limite de 115 €	50 % FR par acte dans la limite de 115 €	50 % FR par acte dans la limite de 115 €
Actes d'imagerie médicale (ADI) et d'échographie (ADE)			
- Médecins signataires DPTM	135 % BR	185 % BR	250 % BR
- Médecins non signataires DPTM	115 % BR	165 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux (ATM) et de chirurgie (ADC)			
- Médecins signataires DPTM	135 % BR	185 % BR	250 % BR
- Médecins non signataires DPTM	115 % BR	165 % BR	200 % BR
Médicaments			
- Médicaments à Service Médical Rendu important	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie			
- Pharmacie (hors médicaments) remboursée par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Pilules et patchs contraceptifs prescrits et non remboursés par l'AMO	60 € par année civile	60 € par année civile	60 € par année civile
- Vaccins prescrits et non remboursés par l'AMO (uniquement injections)	110 € par année civile	110 € par année civile	110 € par année civile
Matériel médical			
- Orthopédie et autres prothèses remboursées par l'AMO (hors auditives, dentaires et optiques)	150 % BR	175 % BR	250 % BR
- Prothèses capillaires et implants mammaires remboursés par l'AMO	100 % BR + 250 € Forfait par année civile et par bénéficiaire	100 % BR + 250 € Forfait par année civile et par bénéficiaire	100 % BR + 250 € Forfait par année civile et par bénéficiaire
Participation du patient ⁽⁵⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Transport remboursé par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR
DENTAIRE			
Soins, actes et consultations	150 % BR	200 % BR	275 % BR
Inlays et Onlays	320 % BR	370 % BR	420 % BR
Orthodontie remboursée par l'AMO	225 % BR tous les 6 mois	275 % BR tous les 6 mois	325 % BR tous les 6 mois
Soins et prothèses 100 % santé ⁽⁶⁾ Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé			
- Panier 100 % santé	RSS* + 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*	RSS* + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de l'AMO, dans la limite des HLF*
Soins et prothèses paniers à honoraires maîtrisés et libres ⁽⁶⁾			
- Panier à honoraires maîtrisés	370 % BR dans la limite des HLF	470 % BR dans la limite des HLF	570 % BR dans la limite des HLF
- Panier à honoraires libres	370 % BR	470 % BR	570 % BR
Actes non remboursés par l'AMO			
- Parodontologie	400 € par année civile et par bénéficiaire	400 € par année civile et par bénéficiaire	400 € par année civile et par bénéficiaire
- Prothèses	150 % BRR*	200 % BRR*	300 % BRR*
- Implantologie	425 € par année civile et par bénéficiaire	450 € par année civile et par bénéficiaire	500 € par année civile et par bénéficiaire

BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1, 2, 3
REMBOURSEMENTS Y COMPRIS AMO*

PRESTATIONS	OPTION 1 (dont « Base »)	OPTION 2 (dont « Base »)	OPTION 3 (dont « Base »)
OPTIQUE			
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale).			
1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.			
Possibilité de combiner des équipements de Classe A et Classe B (verres classe A + monture classe B, et inversement)			
Équipements 100 % santé⁽⁶⁾ (verres et/ou monture) Classe A - Tarifs soumis à des prix limites de vente			
- Monture			
- Verres (tous types de correction)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Prestations d'appariage			
Équipements hors 100% santé (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres			
- Monture	100 €	100 €	100 €
- Verres (tous types de correction)	100 % BR + 99 € (par verre)	100 % BR + 110 € (par verre)	100 % BR + 127 € (par verre)
Autres prestations sur verres et monture (dont filtres, prismes, verres isocroniques, système antiplois et prestations d'adaptation)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles			
- Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR + 140 € Forfait par année civile et par bénéficiaire	100 % BR + 160 € Forfait par année civile et par bénéficiaire	100 % BR + 220 € Forfait par année civile et par bénéficiaire
- Lentilles non remboursées par l'AMO	140 € par année civile et par bénéficiaire	160 € par année civile et par bénéficiaire	220 € par année civile et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	270 € par œil, par année civile et par bénéficiaire	340 € par œil, par année civile et par bénéficiaire	510 € par œil, par année civile et par bénéficiaire
AIDES AUDITIVES			
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.			
Équipement 100% santé⁽⁶⁾ Classe I - Tarifs soumis à des prix limites de vente			
- Aides auditives	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<i>Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.</i>			
Équipement hors 100% santé Classe II - Tarifs libres			
- Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus)	120 % BR	120 % BR	120 % BR
- Aides auditives (plus de 20 ans)	125 % BR	175 % BR	250 % BR
Accessoires, entretien, piles, réparations	100 % BR	100 % BR	100 % BR
PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE			
Actes de prévention ⁽⁷⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Ostéodensitométrie non remboursée par l'AMO	50 % FR par acte dans la limite de 115 €	50 % FR par acte dans la limite de 115 €	50 % FR par acte dans la limite de 115 €
Acupuncteurs, auriculothérapeutes, bio-kinergie, chiropracteurs, étioopathes, hypnose médicale, kiné méthode Mézières, mésothérapeutes, micro-kinésithérapie, ostéopathes, TENS neurostimulations électriques transcutanées, réflexologues, sophrologues. (praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	120 € par année civile et par bénéficiaire	120 € par année civile et par bénéficiaire	140 € par année civile et par bénéficiaire
Psychomotricien, Ergothérapeute (praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 10 séances / année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 10 séances / année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 10 séances / année civile
Psychologue (praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances / année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances / année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances / année civile
Diététicien (praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances / année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances / année civile	35 € par séance et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances / année civile
NAISSANCE			
Allocation naissance ⁽⁸⁾	335 €	430 €	530 €

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.
*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. / 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.

⁽¹⁾ Pour les praticiens non conventionnés, la base de remboursement (BR) retenue par la mutuelle est celle des praticiens conventionnés.

⁽²⁾ Forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers, à l'exclusion des EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) et les MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées).

⁽³⁾ Prise en charge de la chambre particulière avec ou sans nuitée (= ambulatoire). Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée illimitée en Médecine et Chirurgie. Durée limitée à : 60 jours par année civile en Psychiatrie, 90 jours par année civile en Soins de suite et réadaptation, maison de repos et convalescence et en maison d'enfants à caractère sanitaire, 240 jours par année civile en centre agréé de rééducation.

⁽⁴⁾ Nuitée, repas pour un accompagnant d'un enfant de moins de 10 ans inscrit au contrat dans la limite de 30 jours par année civile.

⁽⁵⁾ Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 € en application du I de l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale.

⁽⁶⁾ Tels que définis réglementairement

⁽⁷⁾ Le contrat prend en charge l'ensemble des actes de prévention visés par la réglementation relative au contrat responsable.

⁽⁸⁾ Versement effectué en intégralité sur présentation de l'acte de naissance sans obligation d'inscription de l'enfant. Ce forfait est versé sur le dossier de la mère ou à défaut du père.

ANNEXE III. COORDONNÉES DES ORGANISMES ASSUREURS

AÉSIO MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 627 391.

Siège social :

4 rue du Général Foy - 75008 PARIS

HARMONIE MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473.

Siège social :

143 rue Blomet - 75015 PARIS

MUTUELLE MARE-GAILLARD

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 314 559 451.

Siège social :

Section Bernard - 97190 LE GOSIER - Guadeloupe

MUTUELLE OCIANE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 434 243 085.

Siège social :

35 rue Claude Bonnier - 33054 BORDEAUX

MUTUELLES DU SOLEIL

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 782 395 511.

Siège social :

36, 36 bis, Av. Maréchal Foch - 06000 NICE

VIASANTÉ (AG2R LA MONDIALE)

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 777 927 120.

Siège social :

14-16 Bd Malesherbes 75008 Paris

MBA MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 777 749 409.

Siège social :

5 boulevard de Lattre de Tassigny - 35000 RENNES

M COMME MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 783 711 997.

Siège social :

28 rue des Arts - CS 90039 - 59046 LILLE Cedex

MUTEST

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 641 681.

Siège social :

11 boulevard Wilson - CS 60019 - 67082 STRASBOURG

MCA MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE D'ALSACE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 778 900 027.

Siège social :

6 route de Rouffach - CS 40062 - 68027 COLMAR Cedex

SMI

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 784 669 954.

Siège social :

2 rue Laborde - 75374 PARIS Cedex 08

MUTUELLE UNITÉ FRATERNELLE DES RÉGIONS

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 324 593 979.

Siège social :

Cité Lacroix - 97231 LE ROBERT

MUTUELLE PRÉVIFRANCE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 776 950 669.

Siège social :

80 rue Matabiau - BP 71269 - 31012 TOULOUSE Cedex 6

MUTUELLE LA CHOLETAISE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 315 519 231.

Siège social :

1 rue de la Sarthe - 49300 CHOLET

MUTEX

Entreprise régie par le Code des Assurances, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le n° 529 219 040.

Siège social :

140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 CHATILLON Cedex

Votre régime est coassuré par les organismes assureurs mentionnés dans ce document.
AÉSIO mutuelle agit en tant que coordinateur et interlocuteur unique des partenaires sociaux de la branche de la Coiffure et des Professions Connexes.