



Régime frais de santé de votre établissement

**CONDITIONS
GÉNÉRALES**
Régime Non Cadres
ABC Hotels

**CCN
DES HÔTELS, CAFÉS,
RESTAURANTS
IDCC N° 1979**

www.umanens.fr

Conditions Générales

Sommaire

Préambule	3
Chapitre 1 Dispositions Générales	4
Article 1 - Objet du Contrat	4
Article 2 - Nature des garanties.....	4
Article 3 - Intervenants au Contrat et Intermédiation.....	4
Article 4 - Prescription.....	4
Article 5 - Recours contre tiers.....	4
Article 6 - Informatique et Libertés	5
Article 7 - Réclamation et Médiation.....	5
Article 8 - Autorité de contrôle.....	5
Chapitre 2 Exécution du Contrat.....	5
Article 9 - Présentation du Contrat.....	5
Article 10 - Adhésion au Contrat	5
Article 11 - Vie du Contrat.....	6
Chapitre 3 Affiliation au Contrat.....	6
Article 12 - Affiliation aux garanties souscrites par l'Employeur.....	6
Article 13 - Affiliation à titre facultatif aux garanties optionnelles.....	8
Chapitre 4 Ouverture, suspension, maintien et cessation des garanties	9
Article 14 - Date d'entrée en vigueur des garanties	9
Article 15 - Cessation de l'affiliation.....	9
Article 16 - Maintien des garanties.....	9
Article 17 - Suspension du contrat de travail	10
Chapitre 5 Obligations des parties.....	10
Article 18 - Obligations de l'Organisme assureur	10
Article 19 - Obligations de l'Employeur.....	11
Article 20 - Obligations du Salarié.....	11
Chapitre 6 Cotisations	11
Article 21 - Taux et montant des cotisations.....	11
Article 22 - Modalités de règlement des cotisations	12
Article 23 - Non-règlement des cotisations : Possibilité pour l'Organisme assureur de résilier le Contrat.....	12
Article 24 - Régularisation des cotisations versées.....	13
Chapitre 7 Garanties.....	13
Article 25 - Détermination des garanties	13
Article 26 - Services associés.....	14
Article 27 - Soins effectués à l'étranger	14
Article 28 - Modalités de calcul des prestations	14
Article 29 - Modalités de règlement des prestations.....	15
Annexes.....	16
Annexes	16

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche ont négocié la mise en place d'un régime frais de santé (mutuelle /complémentaire santé) obligatoire assorti d'un minimum de garanties (Référence de la convention collective nationale en Annexe : IDCC et Numéro de Brochure au Journal Officiel).

Les entreprises relevant de la branche doivent mettre en place ce régime au bénéfice de leurs salariés.

Umanens a élaboré pour votre structure, et vos salariés, des garanties conformes à la couverture établie par les partenaires sociaux.

Les présentes Conditions Générales précisent les modalités de mise en œuvre du régime. Les garanties et tarifs ont été modifiés, afin d'intégrer la réforme 100% Santé.

UMANENS est une Union de Groupe Mutualiste régie par le Code de la mutualité et soumise au livre I, SIREN n° 800 533 499, Siège social : 40 Boulevard Richard Lenoir - 75011 PARIS agissant au nom et pour le compte du groupement composé de :

- **IDENTITÉS MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 379 655 541, Siège social : 24, boulevard de Courcelles - 75017 PARIS, en qualité d'assureur et distributeur,
- **LA MUTUELLE FAMILIALE**, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 784 442 915, Siège social : 52 rue d'Hauteville - 75010 PARIS, en qualité d'assureur et distributeur,
- **MUTUALIA GRAND OUEST (MGO)**, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 401 285 309, Parc d'activité de Laroiseau - 6 rue Anita Conti - 56008 VANNES Cedex, en qualité d'assureur et distributeur,
- **MUTUALIA ALLIANCE SANTE (MAS)** Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 403 596 265, 1 rue André Gatoux - 62024 ARRAS Cedex, en qualité d'assureur et distributeur,
- **MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES (MTS)** Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 449 571 256, 75, avenue Gabriel Péri - 38400 SAINT MARTIN D'HERES, d'assureur et distributeur.

Chapitre I

Dispositions Générales

Article 1 - Objet du Contrat

Le contrat définit le contenu des engagements contractuels existants entre l'entreprise adhérente et l'organisme assureur. Il est souscrit par l'Employeur dans le but de mettre en place une couverture Frais de santé au bénéfice de ses Salariés.

Les présentes Conditions Générales forment, avec les Conditions Particulières/Certificat d'adhésion et le Bulletin/Demande d'Adhésion qui s'y rapporte, le Contrat collectif à adhésion obligatoire. Ce Contrat peut également comporter des garanties optionnelles mises en place de façon collective par l'Entreprise et souscrites de manière facultative, au choix du Salarié.

Ce contrat collectif est régi par les dispositions du Code de la mutualité et notamment son Livre II et par la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques et est soumis à la loi française.

Article 2 - Nature des garanties

Le présent Contrat collectif à adhésion obligatoire a pour objet de garantir aux salariés, dans les conditions prévues la Convention Collective Nationale de la branche (référence en Annexe), le remboursement total ou partiel des frais médico-chirurgicaux occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en complément des prestations versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Au moment de son adhésion au contrat, l'Entreprise met en place une couverture frais de santé socle obligatoire au bénéfice de ses salariés (ensemble du personnel ou toute autre catégorie objective de salariés).

En complément de la couverture socle obligatoire, l'Entreprise adhérente peut également mettre en place des options facultatives (sans contribution financières de l'employeur). Les salariés pourront choisir d'en bénéficier, sous réserve de s'acquitter de l'entière cotisation correspondante.

Enfin, les salariés pourront souscrire une couverture facultative au bénéfice de leurs ayants droit lorsque ceux-ci ne sont pas couverts à titre obligatoire (Nota Bene : la couverture des ayants droit ne donne pas lieu à contribution financières de l'employeur, sauf dispositions spécifiques de certaines branches).

Les ayants droits affiliés au contrat bénéficient nécessairement du même niveau de garanties que le salarié.

Article 3 - Intervenants au Contrat et Intermédiation

Article 3 - Intervenants au contrat

L'Employeur : la personne morale signataire des Conditions Particulières ou du Bulletin/Demande d'Adhésion liés aux présentes Conditions Générales, qui souscrit un contrat collectif obligatoire au bénéfice de ses salariés.

L'Organisme assureur : Les organismes co-Assureurs entre eux dans le cadre de l'Union de Groupe Mutualiste UMANENS, ou l'un des organismes assureurs de l'Union : voir en annexe.

L'Organisme gestionnaire : L'organisme Assureur ou son Délégué de Gestion, figurant sur le Bulletin/Demande d'Adhésion et les Conditions Particulières.

Les bénéficiaires :

Les salariés inscrits à l'effectif de l'Entreprise et correspondant à la catégorie visée aux Conditions particulières ou au Bulletin/Demande d'adhésion, affiliés au Régime de base obligatoire, ainsi que les salariés embauchés postérieurement, et dûment affiliés au présent Contrat, ainsi que les anciens salariés bénéficiant du maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité,

Les éventuels ayants droit des salariés si l'acte juridique de mise en place du régime a prévu de les couvrir à titre obligatoire ou si le Salarié a fait le choix de les couvrir à titre facultatif.

Article 3.1 - Intermédiation

Les garanties telles qu'elles sont déterminées par les présentes Conditions générales pourront faire l'objet d'une

intermédiation en assurances par un Courtier, en application des dispositions prévues aux articles L. 511-1 et suivants du Code des assurances et des textes pris pour leur application.

Le Courtier, en présentant les contrats collectifs d'assurance de Umanens, agit en tout état de cause toujours comme mandataire de l'Etablissement adhérent au contrat collectif et intermédiaire rémunéré auprès d'Umanens. La mutuelle assureur et le gestionnaire du régime mis en place sont précisés dans les Conditions Particulières et/ou le Bulletin/Demande d'adhésion, conformément aux dispositions entre les mutuelles membres de l'Union.

La commission d'intermédiation versée au Courtier apporteur sera calculée sur les cotisations hors taxes. Le taux de cette commission sera précisé aux Conditions particulières.

Les modalités de mise en place de ce partenariat feront l'objet d'une convention entre Umanens et le Courtier.

Article 4 - Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi.

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au présent Contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, selon les modalités fixées par les articles L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Salarié, ou, le cas échéant, du fait de son ayant droit, que du jour où l'Organisme assureur en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du Salarié ou, le cas échéant, de son ayant droit, contre l'Organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit, ou a été indemnisé par le salarié ou son ayant droit.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- une citation en justice, y compris en référé,
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution,
- un 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par l'Organisme assureur à l'Employeur et/ ou au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'Organisme assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 5 - Recours contre tiers

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'Organisme assureur est subrogé jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions de l'assuré victime contre les tiers responsables, conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, l'article L. 931-11 du Code de la Sécurité sociale et L. 121-12 du Code des assurances. La subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'Organisme assureur a exposés, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

Article 6 - Informatique et Libertés

Les informations nominatives concernant le Salarié ou, le cas échéant, ses ayants droit, sont destinées aux services de l'Organisme assureur, aux éventuels co-assureurs, réassureurs, et partenaires, le cas échéant. Elles sont recueillies soit directement par les services de l'Organisme assureur ou par ceux du Gestionnaire. Ces informations sont traitées par l'Assureur et le Gestionnaire pour la passation, la gestion et l'exécution des garanties souscrites. Elles pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciales avec l'accord des membres participants.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au Règlement européen relatif à la protection des données personnelles n°2016/679 (RGPD), du 27 avril 2016, les informations recueillies sont confidentielles. Chaque adhérent bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité sur les informations le concernant.

Ce droit s'exerce sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données de l'Organisme Assureur ou de l'Organisme Gestionnaire dont les coordonnées figurent sur le Bulletin Individuel d'Affiliation et sur le

Bulletin/Demande d'Adhésion.

L'Organisme assureur est amenée à recueillir et traiter des informations nominatives pour le suivi et la gestion de la relation commerciale. Les informations nominatives collectées et traitées pour la gestion et le suivi de la relation commerciale avec l'Entreprise souscriptrice bénéficient des mêmes dispositions.

Article 7 - Réclamation et Médiation

Toute demande de réclamation pourra être adressée par l'Employeur, le Salarié ou, le cas échéant, ses ayants droit, au siège de l'Organisme assureur.

Les réclamations concernant l'application du Contrat peuvent être adressées par l'Employeur à l'Organisme assureur tel qu'il est déterminé aux Conditions Particulières, au Certificat d'Adhésion ou au Bulletin/Demande d'Adhésion.

En cas d'insatisfaction, les bénéficiaires du présent Contrat peuvent formuler une réclamation en écrivant au service réclamations de l'Organisme assureur dont les coordonnées figurent en annexe des présentes Conditions Générales.

Dans tous les cas, ils recevront un accusé de réception sous dix (10) jours ouvrables maximum, à compter de la réception de leurs réclamations sauf si une réponse est apportée dans ce délai. Le cas échéant, les bénéficiaires recevront une réponse au plus tard deux (2) mois après la réception de la réclamation.

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

Conformément au processus de médiation prévu au titre V du livre 1er du code de la consommation, après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations et dans un délai maximal d'un (1) an après cette réclamation, le réclamant peut saisir le Médiateur désigné par l'Organisme assureur, et dont les coordonnées figurent en annexe des présentes conditions générales.

Après examen du différend, un avis motivé sera rendu au maximum dans les trois (3) mois après transmission du dossier complet au Médiateur.

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

La saisine du Médiateur suspend les délais de prescription de l'action en justice pendant la durée de la médiation.

Article 8 - Autorité de contrôle

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

Chapitre 2

Exécution du Contrat

Article 9 - Présentation du Contrat

En adhérant au présent contrat, L'Employeur met en place une couverture frais de santé collective conforme à la Convention Collective Nationale dont il relève. Celle-ci comprend :

- une couverture socle obligatoire
- et le cas échéant, une ou plusieurs options facultatives.

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés souhaitant améliorer leur niveau des garanties auront la possibilité d'adhérer, à titre facultatif, aux options mises en place par l'Employeur.

Seul le Salarié est couvert à titre obligatoire par l'Employeur, sauf dispositions spécifiques du régime frais de santé de branche (voir en annexe). Dans ce cas, les Salariés souhaitant couvrir leurs ayants droit peuvent le faire à titre facultatif.

Article 10 - Adhésion au Contrat

Peuvent adhérer au présent Contrat les entreprises relevant de la Convention Collective Nationale de la branche (voir Annexe : référence de la convention IDCC et Numéro de Brochure au Journal Officiel).

L'adhésion de l'Entreprise au présent Contrat est formalisée par la signature du Bulletin/Demande d'Adhésion.

L'Organisme assureur confirme l'adhésion de l'Entreprise par l'envoi d'un Certificat d'Adhésion et/ou l'émission de Conditions Particulières.

Article 11 - Vie du Contrat

Article 11.1 - Date d'effet du Contrat

Le présent Contrat prend effet, pour l'Entreprise adhérente, à la date fixée au Bulletin/Demande d'Adhésion.

Article 11.2 - Durée du Contrat

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

Il est ensuite tacitement reconduit au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties au présent Contrat selon les modalités prévues à l'article 11.4 des présentes Conditions Générales.

Article 11.3 - Révision du Contrat

Les garanties et les cotisations telles qu'elles sont définies dans le présent Contrat ont été établies sur la base du régime frais de santé négocié par les partenaires sociaux de la Branche.

Des lors, l'Organisme assureur s'engage à réviser le présent Contrat par voie d'avenant dans le cas où la Convention Collective Nationale viendrait à faire évoluer le régime complémentaire Frais de santé mis en place.

Par ailleurs, en cas d'évolution des dispositions législatives et réglementaires ayant un impact sur le contrat et /ou sur la portée des engagements de l'Organisme assureur, le contrat sera modifié par voie d'avenant pour tenir compte de ces nouvelles dispositions.

Article 11.4 – Résiliation du Contrat

Le présent Contrat est résilié:

- en cas de cessation d'activité de l'Employeur ou liquidation judiciaire ;
- en cas de changement d'activité faisant sortir l'Employeur du champ d'application de Convention Collective Nationale, sous réserve des dispositions prévues par l'article L. 2261-14 du Code du travail ;
- au terme de chaque exercice, à la demande de l'Entreprise adhérente, par lettre recommandée avec avis de réception envoyé à la l'Organisme assureur, sous réserve du respect d'un préavis de deux (2) mois précédant l'échéance annuelle de son renouvellement, soit avant le 31 octobre de l'année en cours ;
- au terme de chaque exercice, à la demande de l'Organisme assureur, par lettre recommandée avec avis de réception sous réserve du respect d'un préavis de deux (2) mois précédant l'échéance annuelle de son renouvellement, soit avant le 31 octobre de l'année en cours au terme de la procédure de non-règlement des cotisations telle qu'elle est prévue à l'article 23 des présentes Conditions Générales.

En cas de résiliation du présent Contrat, les Salariés et, le cas échéant, leurs ayants droit, perdent le bénéfice des garanties prévues par celui-ci.

Seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date des soins figurant sur le décompte de l'Organisme d'Assurance maladie est antérieure à la date d'effet de la résiliation du contrat pourront donner lieu à prise en charge par l'Organisme assureur.

En cas de résiliation du présent Contrat et en application de l'article 5 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi Evin, l'Organisme assureur pourra proposer aux Salariés affiliés ainsi qu'aux anciens salariés bénéficiant du maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité de souscrire à une couverture santé individuelle, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, sous réserve qu'ils en fassent la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat.

Les conditions tarifaires appliquées seront celles en vigueur à la date de résiliation du présent Contrat.

Chapitre 3

Affiliation au Contrat

Article 12 - Affiliation aux garanties souscrites par l'Employeur

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

Conformément au Régime Frais de Santé mis en place dans la Convention Collective Nationale (référence en Annexe), le présent Contrat couvre à titre obligatoire tous les Salariés de l'Entreprise ou une catégorie de salarié telle que définit dans les Conditions Particulières du contrat ou dans le Certificat d'adhésion.

L'affiliation des Salariés au contrat est formalisée par la signature d'un Bulletin Individuel d'Affiliation.

■ Prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation du Salarié prend effet :

- A compter de la date d'adhésion de l'Employeur au présent Contrat ;
- A compter de sa date d'entrée dans les effectifs de l'entreprise lorsque le Salarié est embauché postérieurement à la date d'effet de l'adhésion de l'Employeur au présent Contrat ;
- A compter de la date à laquelle il ne bénéficie plus d'une dispense d'adhésion au régime frais de santé.

■ Exception : cas de dispense d'affiliation :

En application de l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité sociale, des cas de dispenses d'adhésion au régime collectif obligatoire mis en place peuvent être prévus. Pour être valables, ces cas de dispenses d'adhésion doivent correspondre à ceux mentionnés à l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité sociale et être prévus dans l'acte juridique de mise en place du régime Frais de santé dans l'Entreprise.

Cas de dispense d'ordre public : en application des articles L. 911-7, D. 911-2 et D. 911-3 du Code de la Sécurité sociale, les salariés peuvent se dispenser, à leur initiative, en se prévalant des cas de dispense applicables de plein droit.

Pour se prévaloir de l'un de ces cas de dispense, le Salarié devra effectuer, auprès de son Employeur, une demande de dispense écrite accompagnée, le cas échéant, des justificatifs nécessaires.

Dès lors que les conditions ayant justifié la dispense d'adhésion cessent, le salarié ou l'ayant droit concerné doit obligatoirement être affilié au présent Contrat.

Article 12.1.2 - Organisme Assureur d'affiliation du Salarié

L'Organisme assureur référent est déterminé selon les règles définies entre les assureurs membres de l'Union de Groupe Mutualiste Umanens, il est précisé en annexe.

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

Les Salariés souhaitant couvrir leurs ayants droit à titre facultatif peuvent le faire au moyen d'un Bulletin Individuel

d’Affiliation. Les ayants droit bénéficient obligatoirement des mêmes garanties que celles dont bénéficient les Salariés.

■ Définition des ayants droit

On entend par ayant droit, les personnes bénéficiant des garanties du contrat à la demande du salarié. Le nom des ayants droits est mentionné sur le Bulletin Individuel d’Affiliation.

Peuvent avoir la qualité d’ayant droit au titre du présent contrat :

• **le conjoint, partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou concubin du Salarié.**

○ Le conjoint :

Personne mariée avec le Salarié, en application des dispositions prévues par les articles 143 et suivants du Code civil.

○ Le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) :

Personne ayant conclu avec le Salarié 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.

○ Le concubin :

Personne vivant en couple avec le Salarié dans le cadre d’une union de fait, au sens de l’article 515-8 du Code civil, sous réserve qu’une période de vie commune d’une année puisse être attestée par le biais d’un justificatif (quittance de loyer, facture EDF notamment) et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée précitée n’est toutefois pas exigée lorsqu’un enfant est né de cette union. L’Organisme assureur peut réclamer, à tout moment, les justificatifs actualisés attestant de la vie commune du Salarié.

• **les enfants à charge du Salarié ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin.**

Sont considérés comme enfants à charge :

Les enfants jusqu’au 31 décembre de l’année de leur 20^e anniversaire ;

Les enfants étudiants, apprentis, en contrat d’insertion professionnelle, intérimaires, en recherche d’emploi ou en Contrat à Durée Déterminée (CDD) jusqu’au 31 décembre de l’année de leur 28^e anniversaire.

Les enfants du Salarié ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin, en situation de handicap ayant un taux d’incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime d’Assurance maladie obligatoire français.

Le nouveau-né ou l’enfant adopté est garanti dès le jour de la naissance ou de l’adoption, sous réserve que la demande soit adressée à l’organisme assureur dans les trente (30) jours qui suivent l’évènement.

Les pièces justifiant de la qualité des ayants droit doivent être obligatoirement fournies lors de leur demande d’affiliation par le Salarié puis à toute demande formulée par l’Organisme assureur.

■ Prise d’effet de l’affiliation

L’affiliation des ayants droit prend effet :

• à compter de la date de prise d’effet de l’affiliation du Salarié au présent Contrat si la demande se fait simultanément ;

• au 1^{er} jour du mois qui suit la réception du Bulletin Individuel d’Affiliation, si la demande se fait ultérieurement ;

• à compter de la date de survenance de l’évènement (mariage, concubinage, PACS, naissance ou adoption d’un enfant, décès du conjoint ou partenaire de PACS ou concubin auquel sont rattachés les enfants à charge) dûment déclaré à l’Organisme assureur. La déclaration devant intervenir dans les trois (3) mois suivants l’évènement.

L’affiliation de ses ayants droit à titre facultatif engage le Salarié pour une durée minimale d’une année civile, sous réserve des cas de cessation anticipée prévus ci-dessous.

■ Cessation de l’affiliation de l’ayant droit

Le Salarié peut dénoncer chaque année l’affiliation de l’un ou de ses ayants droit par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée à l’Organisme assureur, au plus tard le 31 octobre de l’année en cours. La dénonciation de l’affiliation prend effet à compter du 1^{er} janvier de l’année suivante.

Lorsque l’ayant droit du Salarié vient à bénéficier, par ailleurs, d’une couverture à titre obligatoire, le Salarié peut demander à tout moment la dénonciation de la couverture facultative de son ayant droit, sous réserve de la production d’un justificatif actant de l’adhésion de celui-ci à un régime obligatoire, datant de moins de trois (3) mois. La dénonciation de l’affiliation prend effet à compter du 1^{er} jour du mois suivant la réception de cette demande par l’Organisme assureur.

En cas de dénonciation, toute nouvelle demande de couverture des ayants droit par le Salarié, ne pourra intervenir, au plus tôt, qu’à l’expiration d’un délai de deux (2) ans, sauf événement intervenant dans la vie professionnelle de l’ayant droit (chômage non indemnisé, retraite, ...).

En tout état de cause, l’affiliation de l’ayant droit cesse à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions précédemment évoquées.

Article 13 - Affiliation à titre facultatif aux garanties optionnelles

Article 13.1 - Principe

Le Salarié a la possibilité d'améliorer pour lui-même et, le cas échéant, pour ses ayants droit, le niveau de garanties souscrit par l'Employeur, en demandant son affiliation à titre facultatif à (aux) l'option(s) mise(s) en place par le régime conventionnel.

Le choix retenu par le Salarié pour lui-même, s'imposera d'office à ses ayants droit couverts à titre obligatoire ou à titre facultatif.

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

Article 13.2 - Prise d'effet

L'affiliation à l'option prend effet :

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

Article 13.3 - Modification des garanties

Le Salarié pourra modifier chaque année l'option choisie pour lui et, le cas échéant, ses ayants droit, par demande écrite ou envoi recommandé électronique (Bulletin Individuel d'Affiliation ou Bulletin de Changement de Situation, papier ou électronique, avec signature ou signature électronique), adressé à l'organisme Assureur ou à l'organisme Gestionnaire, selon les modalités prévues ci-dessous (les coordonnées figurent sur le Bulletin/Demande d'Adhésion et le Bulletin Individuel d'Affiliation) :

- option pour une garantie d'un niveau supérieur à celle souscrite : la demande prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande par le Gestionnaire. Après douze (12) mois calendaires, il sera à nouveau possible d'opter pour une option d'un niveau supérieur, en fonction du régime obligatoire choisi par l'employeur. Toute modification des garanties engage le salarié pour une période de 2 ans.
- option pour une garantie d'un niveau inférieur à celle souscrite précédemment : l'option pour une garantie d'un niveau inférieur ne peut intervenir avant un délai de vingt-quatre (24) mois, suivant la souscription de l'option en cours.

Article 13.4 - Dénonciation

Le Salarié peut dénoncer chaque année **les garanties optionnelles souscrites**, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée à l'Organisme assureur ou au Gestionnaire, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

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

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

DROIT DE RENONCIATION AUX GARANTIES FACULTATIVES (OPTIONS) EN CAS D'ADHESION A DISTANCE OU PAR VOIE DE DEMARCHAGE

Conformément aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la Mutualité, en cas d'affiliation à distance ou faisant suite à du démarchage, le salarié qui souscrit des garanties facultatives dispose d'un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet.

Cette renonciation doit être effectuée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception, daté et signé, envoyé à Umanens :

- Umanens, 40 boulevard Richard Lenoir 75011
- reclamations@umanens.fr

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

L'exercice du droit de renonciation met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la demande. Toutefois, ce droit ne peut plus être exercé lorsque le membre participant demande l'exécution anticipée de ses garanties en cas d'adhésion à distance, ou lorsque sa garantie est mise en œuvre en connaissance de cause par lui-même et ses ayants droit, en cas de démarchage.

En cas de renonciation, le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru. Ce montant proratisé est déterminé en jours calendaires. Le Gestionnaire restitue le solde de la cotisation versée au plus tard trente (30) jours après la réception de la lettre de renonciation.

Chapitre 4

Ouverture, suspension, maintien, et cessation des garanties

Article 14 - Date d'entrée en vigueur des garanties

Les garanties du présent Contrat prennent effet pour le Salarié et, le cas échéant, pour ses ayants droit, à la date de prise d'effet de leur affiliation tels que prévus aux articles 12 et 13 des présentes Conditions Générales.

Article 15 - Cessation de l'affiliation

L'affiliation au présent Contrat cesse :

- à la date de liquidation de la pension de retraite auprès de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse par le Salarié, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur ;
- à la date de rupture du contrat de travail du Salarié avec l'Entreprise adhérente (au terme du préavis, effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties prévues à l'article 16-1 ;
- le jour où le salarié n'appartient plus à l'une des catégories de personnel mentionnée aux conditions particulières du contrat ;
- à la date du décès du Salarié ;
- pour les ayants droit, dès lors qu'ils ne répondent plus à la définition fixée à l'article 12.2 des présentes Conditions Générales, et en tout état de cause à la même date que le salarié ;
- à la date de résiliation du présent Contrat par l'Organisme assureur ou par l'Employeur.

La cessation de l'affiliation au contrat entraîne tant pour le salarié que pour ses ayants-droit le cas échéant, la suppression du droit aux prestations pour toutes demandes consécutives à une maladie ou à un accident dont la date des actes, soins, prescriptions est postérieure à la date d'effet de la cessation de l'affiliation (garantie obligatoire et garantie(s) facultative(s))

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

Article 16 - Maintien des garanties

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

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

- maintien de garanties applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze (12) mois ;
- maintien de garanties subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts par le Salarié auprès de l'Employeur ;
- maintien des mêmes garanties que celles en vigueur dans l'entreprise ;
- maintien de garanties subordonné à la justification mensuelle par l'ancien Salarié auprès de l'Organisme assureur, sa prise en charge par le régime d'Assurance chômage.

Les éventuels ayants droit du Salarié affilié bénéficient également du maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité, sous réserve d'être affiliés au Contrat à la date de rupture du contrat de travail du Salarié.

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

Le dispositif de portabilité est financé par un mécanisme de mutualisation. Son coût, fixé en pourcentage de la cotisation globale, est compris dans le taux de cotisation fixé au Bulletin/Demande d'Adhésion.

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

Article 16.2 - Maintien des garanties à titre individuel

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

- les anciens Salariés bénéficiaires d'une pension de retraite, à condition d'avoir été affiliés au présent Contrat en tant qu'actifs,
- les anciens Salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu,
- les anciens Salariés privés d'emploi, tant qu'ils ne retrouvent pas une activité professionnelle, bénéficiaires d'un revenu de remplacement,
- les ayants droit garantis du chef du Salarié décédé, pendant une durée minimale de douze (12) mois à compter du décès.

En application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, l'ancien Salarié ou les ayants droit du Salarié décédé souhaitant bénéficier de ce maintien de garanties à titre individuel doivent en faire la demande auprès de l'Organisme assureur dans un délai de six (6) mois suivant la date du fait générateur (rupture du contrat de travail ; expiration de la période de maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité ; date de décès du Salarié).

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

La cotisation due au titre du maintien des garanties prévues à l'article 4 de la loi Evin sera intégralement à la charge de l'ancien Salarié ou des ayants droits.

L'Organisme assureur adresse une proposition de contrat à l'ancien Salarié ou aux ayants droit du Salarié venant à décéder dans un délai maximal de deux (2) mois suivant la date du fait générateur (rupture du contrat de travail ; expiration de la période de maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité ; date de décès du Salarié), sous réserve que l'Employeur l'ait informé de l'évènement ouvrant droit au bénéfice du dispositif « Loi Evin ». Les garanties prennent effet le lendemain de la demande.

Article 17 - Suspension du contrat de travail

Article 17.1 - Suspension du contrat de travail indemnisée

Le bénéfice des garanties mises en place dans l'Entreprise est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

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

L'Employeur continu de verser la même contribution (part patronale) que pour les Salariés actifs durant toute la période de suspension du contrat de travail. Parallèlement, le Salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation (part salariale).

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

Article 17.2 - Suspension du contrat de travail non indemnisée

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne donne lieu à aucune indemnisation, (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise), ne bénéficient pas du maintien des garanties mises en place dans l'Entreprise.

La suspension des garanties intervient à compter de la date de suspension du contrat de travail. Elle s'achève dès la reprise effective du travail par le Salarié au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Organisme assureur ou le Gestionnaire en soit informé dans les trois (3) mois qui suivent la reprise.

A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'Organisme assureur ou le Gestionnaire de

la déclaration faite par l'Employeur.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due par le Salarié concerné et de ses éventuels ayants droit, et les frais médicaux engagés durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent Contrat.

Toutefois, les salariés concernés pourront, s'ils le souhaitent continuer à bénéficier des garanties prévues dans le cadre du présent Contrat durant la période de suspension de leur contrat de travail, sous réserve d'en faire la demande de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

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

Le montant de la cotisation est identique à celui prévu pour les salariés actifs. Il suivra les mêmes évolutions, le cas échéant.

Chapitre 5

Obligations des parties

Article 18 - Obligations de l'Organisme assureur

Article 18.1 - Etablissement de la Notice d'information

Conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, l'Organisme assureur s'engage à établir une Notice d'information qui définit les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

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

La Notice d'information est établie puis remise par l'Organisme assureur à l'Employeur qui est tenu de remettre un exemplaire de cette Notice d'information à tous les Salariés affiliés au présent Contrat et de conserver la preuve de cette remise.

Article 18.2 - Communication frais d'acquisition et de gestion - rapport prestations sur cotisations

En application de l'article L. 871-I du Code de la Sécurité sociale, l'Organisme assureur communique annuellement :

- le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties,
- ainsi que le montant et la composition des frais de gestion affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes afférentes.

Article 19 - Obligations de l'Employeur

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

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

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Bénéficiaires, l'Entreprise adhérente est également tenue d'en informer les Salariés affiliés et de leur remettre une Notice d'information dûment actualisée ou un additif établi à cet effet par l'Organisme Assureur.

La preuve de la remise de la Notice d'information au Salarié affilié et des informations relatives aux modifications apportées au présent Contrat incombe à l'Entreprise adhérente.

Information au titre des garanties facultatives

Le Salarié peut dénoncer son affiliation aux garanties facultatives (options) souscrites dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la nouvelle Notice d'information ou de l'additif, en raison des modifications apportées par cette dernière.

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

Article 19.2 - Mise à jour des effectifs

L'Employeur communique mensuellement à l'Organisme assureur les entrées et sorties de personnel au sein des effectifs ainsi que les dates y afférant.

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

Article 20 - Obligations du Salarié

En cas de modification de sa situation ayant des conséquences sur son affiliation au régime complémentaire souscrit de manière obligatoire par l'Employeur ou en cas de demande d'ouverture, de modification ou de résiliation des garanties facultatives (couverture des ayants droit ou souscription/modification des options), le Salarié est tenu d'adresser directement auprès de l'Organisme gestionnaire (coordonnées dans le Bulletin Individuel d'Affiliation ou dans le Bulletin/Demande d'Adhésion) un **Bulletin de changement de situation** ainsi que toute pièce justificative nécessaire à la prise en compte du changement de situation.

Chapitre 6

Cotisations

Article 21 - Taux et montant des cotisations

Le financement des garanties est assuré par le versement de cotisations exprimées en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur, au jour de leur exigibilité, ou en euros (€).

Le taux (pourcentage du PMSS) ou montant (en euros) des cotisations est indiqué sur les :

- le Bulletin/Demande d'Adhésion,
- le Bulletin Individuel d'Affiliation,
- les Conditions particulières du Contrat.

En tout état de cause, dans le cas d'une évolution légale ou réglementaire susceptible d'avoir une influence sur les cotisations et/ou les prestations prévues par le Contrat, les modifications nécessaires à sa mise en conformité y seront apportées.

Ces modifications impacteront le présent Contrat selon les modalités prévues par l'article 11.3 des présentes Conditions Générales.

Article 22 - Modalités de règlement des cotisations

Article 22.1 - Garanties souscrites par l'Employeur

La couverture socle obligatoire est mise en œuvre en contrepartie du paiement de des cotisations correspondantes prélevées à terme échu, selon l'échéance choisie sur le Bulletin/Demande d'Adhésion.

Cette dernière financée a minima à hauteur de 50 % par l'Employeur. La participation du Salarié est directement précomptée par l'Employeur sur sa fiche de paie.

Article 22.2 - Couverture à titre facultatif des ayants droit

La couverture facultative des ayants droit est entièrement à la charge du Salarié en contrepartie du paiement régulier des cotisations correspondantes.

Ces cotisations sont directement prélevées sur le compte bancaire du Salarié à terme échu, ou selon les modalités spécifiques prévues sur le Bulletin Individuel d'Affiliation.

Article 22.3 - Garanties optionnelles souscrites à titre facultatif

Les cotisations additionnelles servant au financement du niveau de garanties optionnel souscrit par le Salarié pour lui-même et ses éventuels ayants droit est entièrement à sa charge.

Ces cotisations sont directement prélevées sur le compte bancaire du Salarié à terme échu, ou selon les modalités spécifiques prévues sur le Bulletin Individuel d'Affiliation.

Article 23 - Non-règlement des cotisations : Possibilité pour l'Organisme assureur de résilier le Contrat

■ Au titre des garanties obligatoires souscrites à titre obligatoire par l'Employeur

L'article L. 221-8 du Code de la mutualité prévoit qu'en cas de non-paiement des cotisations dans les dix (10) jours de son, l'Organisme assureur pourra envoyer, par lettre recommandée avec accusé de réception, une mise en demeure à l'Employeur.

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

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

La garantie pourra alors être résiliée dix (10) jours après la suspension, soit quarante (40) jours après l'envoi de la mise en demeure, comme le prévoit l'article L. 221-8 du Code de la mutualité.

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

En application de l'article L.221-8 du Code de la mutualité, le Salarié est informé que le défaut de paiement par l'Employeur est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties, sauf s'il entreprend de se substituer à l'Employeur pour le paiement des cotisations.

■ Au titre des garanties facultatives souscrites par le Salarié

Dans le cadre des garanties collective facultatives que le Salarié peut souscrire (couverture de ses ayants droit ; garantie optionnelle), en cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, l'Organisme assureur envoie, par voie de lettre recommandée avec accusé de réception, une mise en demeure au Salarié concerné, en application de l'article L. 221-8 du Code de la mutualité.

Lors de la mise en demeure, le salarié est informé qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours, à compter de la notification de la mise en demeure, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties souscrites à titre facultatif et définies au contrat collectif.

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

Article 24 - Régularisation des cotisations versées

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

Chapitre 7

Garanties

Article 25 - Détermination des garanties

Les niveaux de garanties sur lesquels porte l'engagement de l'Organisme assureur sont conformes au Régime frais de santé de la Convention Collective Nationale.

Le détail de ces prestations est annexé aux présentes Conditions Générales.

Ces garanties sont conformes :

- à la réglementation relative aux « contrats responsables », définie aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- au dispositif du 100% santé tel que défini par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 sociale et ses textes d'application. Ce dispositif vise à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires
- aux dispositions relatives au « panier de soins minimum » définies aux articles L. 911-7 et D. 911-1 du Code de la Sécurité sociale modifié par le Décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019.

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

Précisions relatives au contrat responsable

Le présent contrat a la qualité de « contrat responsable » conformément aux dispositions des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Dès lors, les niveaux de garanties et de prestations du contrat suivront automatiquement les évolutions législatives et réglementaires relatives à ce dispositif.

En aucun cas les termes du Contrat ne peuvent contrevenir aux règles du « contrat responsable ». En cas de contradictions, les règles du « contrat responsable » priment sur les présentes stipulations.

Prestations prises en charge au titre du contrat responsable

Conformément à l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale, modifié par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, sont pris en charge au titre du contrat responsable :

- ***l'intégralité de la participation des assurés*** définie à l'article R.160-5 du code de la sécurité sociale (ticket modérateur). Par exception, pour les frais de cure thermale, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou à 30% ainsi que les spécialités et les préparations homéopathiques, le ticket modérateur sera pris en charge uniquement si cela est prévu dans le tableau des garanties.
- lorsque cette garantie est prévue dans le tableau des garanties, ***les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO)*** prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, sous réserve de respecter la double limite réglementaire de prise en charge,
- ***le forfait journalier des établissements hospitaliers, sans limite de durée***, conformément à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale,
- ***l'intégralité des frais exposés par l'assuré pour l'acquisition de dispositifs médicaux d'optique médicale et de soins dentaires prothétiques appartenant à une classe à prise en charge renforcée (panier 100% santé)***. A compter du 1er janvier 2021, cette prise en charge intégrale est étendue aux frais exposés par l'assuré pour l'acquisition d'aides auditives appartenant à une classe à prise en charge renforcée.
Pour ces équipements et soins, les remboursements effectués par les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et les organismes de Complémentaire santé doivent respecter les prix limites de vente (PLV) déterminés par voie réglementaire et les honoraires limite de facturation (HLF) fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes prévue à l'article L. 162-9 du Code de la sécurité sociale.
- lorsque le contrat prévoit une prise en charge des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, ***pour l'acquisition de dispositifs médicaux d'optique médicale (et d'aides auditives à compter du 1er janvier 2021) appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée (panier 100% santé)***, les remboursements santé sont conformes au tableau des garanties applicable et, en tout état de cause aux planchers et plafonds réglementaires,
- lorsque le contrat prévoit une prise en charge des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, ***pour les soins dentaires prothétiques appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée (panier 100% santé)***, les

remboursements sont conformes au tableau des garanties applicable. Cependant, pour les actes pour lesquels l'entente directe est limitée (panier maîtrisé), les montants de remboursements ne peuvent excéder les honoraires limites de facturation (HLF) fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

Précisions relatives à la prise en charge des garanties optique et aide auditive :

Équipement optique : conformément au cahier des charges du contrat responsable, **la prise en charge en optique est limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les deux (2) ans**, sauf pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans pour lesquels un équipement peut être remboursé tous les ans.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de six (6) mois uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Le renouvellement anticipé de l'équipement est possible notamment en cas d'évolution de la vue ou en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, tels que défini par arrêté.

La date retenue pour le calcul du renouvellement de l'équipement d'optique médicale est la date de la dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Aide auditive (à compter du 1er janvier 2021) : conformément au cahier des charges du contrat responsable, la prise en charge sera limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre (4) ans. **L'appréciation de la période susmentionnée se fera à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.**

Le délai sera apprécié distinctement pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Les obligations de prise en charge sont susceptibles d'évoluer conformément à la législation sur le contrat responsable.

Prestations non prises en charge au titre du contrat responsable

Le présent Contrat ne prend pas en charge :

- **la majoration de la participation du membre participant et de ses ayants droit prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (non désignation d'un médecin traitant ou consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L. 1111-15 du Code de la Santé publique (refus du droit d'accès au Dossier Médical Personnel) ;**
- **les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le membre participant et ses ayants droit consultent sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (soit, à titre informatif, au minimum 8 euros) ;**
- **la participation forfaitaire obligatoire prévue au II de l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale fixée à 1 euro par consultation, acte médical ou de biologie. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile ;**
- **la franchise forfaitaire obligatoire prévue au III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale, applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D. 160-9 du Code de la Sécurité sociale, aux prestations et produits suivants remboursables par l'assurance maladie, soit à ce jour :**
 - **0,50 euro par boîte de médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la Santé Publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,**
 - **0,50 euro pour les actes effectués par des auxiliaires médicaux, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation,**
 - **2,00 euros pour les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.**

Ainsi toute contribution forfaitaire, franchise, majoration de participation ou autre mesure dont la prise en charge serait exclue, à la date de signature du présent Contrat ou à l'avenir par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application ne sera pas remboursée au titre du présent Contrat.

Pour les Bénéficiaires relevant du dispositif local d'assurance maladie en vigueur en Alsace Moselle, les montants de remboursement sont réduits afin que la prise en charge de la participation du Bénéficiaire ne puisse conduire à une indemnisation totale excédant les plafonds de prise en charge et le montant des frais exposés.

Les garanties et les cotisations telles qu'elles sont définies par le présent Contrat ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de la signature du présent Contrat.

En cas d'évolution des dispositions légales et réglementaires, les parties s'engagent à mettre en conformité le Contrat.

Article 26 - Services associés

L'Organisme assureur met à la disposition du Salarié et, le cas échéant, de ses ayants droit, les services prévus ci-dessous :

- télétransmission;
- tiers payant;
- réseau de soins;
- prestations d'assistance;
- prestations de protection juridique.

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

Article 27 - Soins effectués à l'étranger

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

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

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

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

Article 28 - Modalités de calcul des prestations

Article 28.1 - Montants retenus

• **Prestations exprimées en pourcentage de la Base de remboursement (« BR »)**

La Base de remboursement constitue le tarif de référence utilisé par les Organismes d'Assurance maladie pour calculer le taux de remboursement du régime de base.

La base de remboursement applicable est celle en vigueur à la date de survenance de l'événement.

• **Prestations exprimées en forfait euros (« € »)**

Le montant de remboursement peut être exprimé en forfait euros, c'est-à-dire sous forme d'un montant en euros.

Article 28.2 - Calcul des prestations en secteur non conventionné

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

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

Article 28.3 - Modalités spécifiques en cas de garanties de même nature contractées auprès d'un autre Organisme assureur

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

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

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

Pour le deuxième niveau, il devra produire les justificatifs de remboursement de l'organisme assureur intervenant en premier niveau de remboursement complémentaire.

Article 28.4 - Principe indemnitaire

Conformément à l'article L. 224-8 du Code de la mutualité, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais à la charge du Salarié ou, le cas échéant, de son ayant droit, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Article 29 - Modalités de règlement des prestations

Article 29.1 - Formalités de règlement des prestations

Les prestations sont traitées :

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

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

Lors de son affiliation, le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit, fournit les documents (nécessaires au versement des prestations) demandés par l'Organisme assureur sur le Bulletin Individuel d'Affiliation.

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

En application de l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit, produisent leurs demandes de prestations dans un délai maximum de deux années.

Ce délai commence à courir à compter :

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

En cas d'intervention d'un autre organisme assureur, comme le prévoit l'article 28.3 des présentes Conditions Générales, le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit, devra envoyer à l'Organisme assureur le décompte original des prestations versées par ledit organisme assureur afin d'obtenir le versement des prestations prévues par le présent Contrat.

Article 29.2 - Délais de paiement des prestations

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

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

Les prestations sont versées :

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

Article 29.3 - Frais supplémentaires

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

Annexes

Annexe I :

Spécificités du Contrat

Référence de la convention collective et de son régime frais de santé :

Convention collective nationale des hôtels, cafés restaurants (HCR) du 30 avril 1997
Hôtels, cafés, restaurants.
Brochure n° 3292.
IDCC 1979.
Accord du 6 octobre 2010 relatif aux frais de santé.

Régime des Non Cadres.

Assureurs ou Co-assureurs du contrat :

Contrat assuré par :
LA MUTUELLE FAMILIALE, SIREN 784 442 915, 52 rue d'Hauteville - 75010 PARIS, membre de l'UGM Umanens, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

Organisme Assureur d'affiliation du Salarié :

L'Organisme assureur d'adhésion est déterminé comme suit :
LA MUTUELLE FAMILIALE, SIREN 784 442 915, 52 rue d'Hauteville - 75010 PARIS, membre de l'UGM Umanens, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

Cas spécifiques de couverture obligatoire des ayants droit (conjoint/enfants) :

Se reporter aux Conditions Particulières et au Bulletin/Demande d'adhésion.

Réclamation et Médiation

Toute demande de réclamation pourra être adressée par l'Employeur, le Salarié ou, le cas échéant, ses ayants droit, **au siège de l'Organisme assureur (à l'attention du Service Réclamation)** tel qu'il est déterminé ci-dessus.

Conformément au processus de médiation prévu au titre I du livre VI du Code de la consommation, après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations et dans un délai d'un (1) an après réclamation, le réclamant peut saisir le Médiateur, selon sa mutuelle de rattachement :

- ▶ Rattachement à **Identités Mutuelle** ou **La Mutuelle Familiale** :
- Soit en ligne par internet sur www.mutualite.fr ou par courriel à mediation@mutualite.fr ;
- soit par voie postale à l'attention de : Monsieur le médiateur de la Mutualité Française, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15.

► Rattachement à une mutuelle **Mutualia** :

□ soit en ligne par internet sur www.medicys.fr ;

□ soit par voie postale à l'attention de : MEDICYS – Centre de médiation et règlement amiable des huissiers de justice – 73 Boulevard de Clichy, 75009 – Paris.

Après examen du différend, un avis motivé sera rendu par le médiateur après réception du dossier complet. Si l'adhérent ou l'affilié n'est pas satisfait de la décision rendue, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir devant les tribunaux.

Annexe 2 :

Modalités d'Application des Garanties – Tableau des Garanties

Modalités d'application des garanties et tableau des garanties

Fonctionnement du forfait optique « verres et monture »

Le forfait optique « verres et monture » est une enveloppe forfaitaire exprimée en euros OU en %tage du PMSS (pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité Sociale). Il inclut le remboursement du ticket modérateur, celui-ci ne peut donc faire l'objet d'un remboursement en cas d'utilisation du forfait dans sa totalité.

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

Par exception :

- Pour les mineurs **ou en cas d'évolution de la vue**, le bénéfice du forfait optique est réduit à un an pour les frais exposés dans l'acquisition d'un équipement.

La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la prescription médicale précisant le changement de la correction, soit dans le cadre d'un renouvellement des lunettes avec une nouvelle correction ; celle-ci sera comparée à la correction du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme complémentaire.

- Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin et, ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le forfait optique « verres et montures » peut couvrir une prise en charge de deux équipements (verres + monture) sur une période de 2 ans corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Cette période de 24 mois, réduite à 12 mois pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue, s'apprécie à la date d'acquisition de l'équipement. Il s'agit d'une période fixe qui ne peut être ni réduite ni allongée.

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

Ainsi, en cas de changement de formule :

- **Si le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit n'a pas entamé son forfait optique « verres et monture » avant ce changement de formule, il bénéficiera du montant du forfait nouvellement souscrit, à compter de la date d'effet de sa nouvelle formule.**

- **En tout état de cause, une période de 2 ans déclenchée par un précédent achat n'est ni réduite ni annulée par la souscription d'une nouvelle option et continue à courir sur la nouvelle option jusqu'à l'arrivée à son terme.**

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

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

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

Les dépenses d'Optique, Dentaires et Audioprothèse, prises en charge dans le cadre du 100% santé viennent en déduction des forfaits de prise en charge du secteur libre (équipements) et du panier libre/ panier maîtrisé (poste dentaire : au-delà des plafonds du panier libre/maitrisé, remboursements conformes au contrat responsable et dispositions spécifiques/légendes du tableau de garanties).

La prise en charge du forfait optique « verres et monture » est limitée à un équipement composé de deux verres et une monture, par période de deux ans, sauf en cas de modification de la vue ou pour les mineurs (délai ramené à 1 an).

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

VOTRE GRILLE DE GARANTIES	
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ	NON CADRES - CONTRAT RESPONSABLE
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale - Frais de séjour et fournitures diverses	100% FR - Rbt SS dans la limite de 400% BR
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale - Honoraires OPTAM/OPTAM CO	100% FR - Rbt SS dans la limite de 400% BR
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale - Honoraires hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR - Rbt SS
Chambre particulière (y compris maternité)	2% du PMSS/J
Forfait journalier hospitalier (1)	100% FR
Frais d'accompagnement (enfant - 18 ans)	1% du PMSS/J
Lit d'accompagnement	1% du PMSS/J
ACTES MÉDICAUX COURANTS	
Consultations et visites généralistes OPTAM/OPTAM-CO	150 % BR - Rbt SS
Consultations et visites généralistes hors OPTAM/OPTAM-CO	130% BR - Rbt SS
Consultations et visites spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	200% BR - Rbt SS
Consultations et visites spécialistes hors OPTAM/OPTAM-CO	130% BR - Rbt SS
Consultations ostéopathe, chiropracteur et étiothérapeute, acupuncture, pédicurie-podologie an/bénéficiaire	300€
Soins d'auxiliaires médicaux, Frais de déplacement, Frais d'analyses et de laboratoire	200% BR - Rbt SS
Electroradiologie OPTAM/OPTAM-CO	200% BR - Rbt SS
Electroradiologie hors OPTAM/OPTAM-CO	130% BR - Rbt SS
Actes de spécialités OPTAM/OPTAM-CO	200% BR - Rbt SS
Actes de spécialités hors OPTAM/OPTAM-CO	180% BR - Rbt SS
Frais de transport	100% BR - Rbt SS
PHARMACIE	
Frais pharmaceutiques	100% BR
Pilule et patch contraceptif non remboursés par la S.S. (an/ bénéficiaire)	3% PMSS
DENTAIRE (*)	
Soins et prothèse 100% santé (4)	Prise en charge intégrale progressive de 2020 à 2021 dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (3)	150% BR - Rbt SS
Prothèses (paniers libre et maîtrisé)	
Panier maîtrisé :	Prise en charge identique à celle du panier libre dans la limite des honoraires limites de facturation
Panier libre :	Actes remboursés par la sécurité sociale
Inlay / onlay remboursée par la S.S.	275% BR - Rbt SS
Inlay / onlay non remboursée par la S.S.	275% BR - Rbt SS
Dents du sourire remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant) (5)	310% BR - Rbt SS
Dents du sourire remboursées non remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur	250% BR - Rbt SS
Dents de fond de bouche remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant)	310 % BR - Rbt SS
Dents de fond de bouche non remboursées par la S.S (y compris prothèse sur	250 % BR - Rbt SS
Orthodontie remboursée par la S.S.	335 % BR - Rbt SS
Orthodontie non remboursée par la S.S.	105% BR - Rbt SS
Implants dentaires (an / bénéficiaire)	15% PMSS
Pilier ou inlay core sur implant (an / bénéficiaire)	5% PMSS
AUTRES PROTHÈSES	
Orthopédie et appareillage remboursées par la S.S.(2)	300% BR - Rbt SS
Accessoires (2)	300% BR - Rbt SS
OPTIQUE	
Équipement 100% santé - verre	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Équipement 100% santé - monture	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Prestation d'adaptation et d'appairage 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Verres du panier libre	Voir Grille Optique
Monture du panier libre	Voir Grille Optique
Prestation d'adaptation et d'appairage du panier libre	Voir Grille Optique
Lentilles remboursées ou non par la S.S. (y.c. jetables)	10% PMSS
Chirurgie de la myopie (/œil/an/bénéficiaire)	16% PMSS
PROTHÈSES AUDITIVES	
Équipement 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Prothèses auditives du panier libre / prise en charge plafond à hauteur du Prix Limite de Vente / 1 équipement par oreille tous les 4 ans	300 % BR (Prise en charge maximum à hauteur du prix limite de vente)
MATERNITÉ - ADOPTION	
Indemnité forfaitaire (doublée en cas de naissances multiples)	13 % du PMSS
CURE THERMALE REMBOURSÉE PAR LA S.S	
Cures thermales	150% BR - Rbt SS
PRÉVENTION	
Sevrage tabagique an/bénéficiaire	2,60% PMSS
Ostéodensitométrie	200% BR
ALLOCATION OBSEQUES	
Indemnité	50 % PMSS

(*) Dans la limite de 3 prothèses par an, au delà du remboursement sur la base de 240% de la BR (**) Sur la base d'un SPR 30 OU HBLD418. Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et elles les prestations indiquées incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Pour les prestations exprimées en forfait, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. (sauf prestations exprimées en euros). Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés). Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le régime obligatoire, sauf stipulation contraire. (1) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles. (2) Produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale. Les audioprothèses ne sont pas remboursées au titre de ce poste mais au titre du poste «Aides auditives (3) Soins dentaires / Actes d'endodontie / Actes de prophylaxie bucco-dentaire / Parodontologie. (4) : Couronnes, bridges et inter de bridge / Couronnes sur implant / Prothèses dentaires amovibles ou fixe / Réparation sur prothèses. (5) : dents n° 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 31 / 32 / 33 / 34 / 35/41 / 42 / 43 / 44 / 45. (6) : dents n° 16 / 17 / 18 / 26 / 27 / 28 / 36 / 37 / 38 / 46 / 47 / 48. »*Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres+1 monture) par période de 2 ans pour les assurés de 16 ans et plus, par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans, par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur (exception aux périodes de renouvellement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières).
BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - FR : Frais Réels - OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM-CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, destinée aux médecins exerçant en Chirurgie et en Obstétrique - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - S.S. : Sécurité sociale - TM : Ticket Modérateur.

Équipement mixte 2020	
V Simple + V Complexe (A+C)	B
V Simple + V T Complexe (A+F)	D
V Complexe + V T Complexe (C+F)	E

Forfait par verre	Transco	Catégorie 2020	NON CADRES CONTRAT RESPONSABLE
Verres simple foyer, sphériques			
sphère comprise entre -6 à +6	V SIMPLE	A	160,00
sphère hors zone - 6 à +6	V COMPLEXE	C	250,00
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques			
sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre <= +4	V SIMPLE	A	160,00
sphère > 0 et sphère + cylindre <= +6	V SIMPLE	A	160,00
sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre > +4	V COMPLEXE	C	288,00
sphère < -6 et cylindre >= + 0,25	V COMPLEXE	C	311,00
sphère > 0 et sphère + cylindre > +6	V COMPLEXE	C	311,00
Verres multifocaux ou progressifs sphériques			
sphère comprise entre -4 à +4	V COMPLEXE	C	288,00
sphère hors zone de -4 à +4	V T COMPLEXE	F	311,00
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques			
sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre <= + 4	V COMPLEXE	C	288,00
sphère > 0 et sphère + cylindre <= + 8	V COMPLEXE	C	288,00
sphère est comprise entre -8 et 0 et cylindre > + 4	V T COMPLEXE	F	311,00
sphère < -8,00 et cylindre >= +0,25	V T COMPLEXE	F	311,00
sphère > 0 et sphère + cylindre > + 8	V T COMPLEXE	F	311,00
Monture panier libre			
Garantie			100,00

Équipement Mixte constitué de deux verres de catégories distinctes			
Équipement Verre composé de catégories distinctes		B	plafond : contrat responsable
Équipement Verre composé de catégories distinctes		D	plafond : contrat responsable
Équipement Verre composé de catégories distinctes		E	plafond : contrat responsable

Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres+1 monture) au terme d'une période minimale : de 2 ans, pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, de 1 an, pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, de 6 mois, pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Renouvellement anticipé de l'équipement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières, tels que défini par arrêté.

Annexe 3 :

Les mots clé de la santé

A

Actes non remboursés par les Organismes d'Assurance Maladie

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

Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS)

Aide proposée par l'Assurance Maladie sous conditions de résidence et de ressources afin de faciliter l'acquisition d'un contrat complémentaire frais de santé en permettant à ses bénéficiaires de profiter d'une réduction sur le montant de la cotisation annuelle de leur contrat frais de santé.

Depuis le 1er juillet 2015, les organismes d'assurance pouvant proposer des couvertures frais de santé répondants aux caractéristiques ACS sont listés par un arrêté.

Appareillage

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

Assurance maladie

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

B

Base de Remboursement (BR)

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

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

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

Bénéficiaire

Personne couverte par le contrat.

C

Chambre particulière

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

Chirurgie réfractive

Technique chirurgicale permettant de corriger les défauts visuels.

Contrat collectif

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

Contrat individuel

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

Contrat responsable

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

Contrat surcomplémentaire

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

Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

La couverture maladie universelle complémentaire donne droit à une couverture complémentaire gratuite. Celle-ci permet d'accéder aux soins de ville ou à l'hôpital sans dépenses à charge et sans avance de frais. Elle est accordée pour un an sous conditions de ressources.

D

Dépassement d'honoraires

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

Dépenses réelles

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

F

Forfait « 18 euros »

Participation forfaitaire de 18 euros mise à la charge de l'assuré social pour les actes dépassant un certain tarif fixé par les autorités publiques.

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

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

Forfait journalier hospitalier

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

Frais de séjour

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

Frais d'accompagnement

Frais correspondant aux facilités (lit, repas) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (exemple : parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).

Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par les Organismes d'Assurance Maladie.

Frais réels

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

Franchise médicale

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

Le montant de la franchise est de :

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

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

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

Forclusion

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

Forfait euros

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

H

Hospitalisation

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

I

Imagerie médicale - Radiologie

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

Implantologie

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

Inlays et Onlays

Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une couronne.

M

Maladie

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

Maternité

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

Médecin traitant

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

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

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

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

N

Nomenclature

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

- la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM),
- la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP),
- la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM),
- la Liste des produits et des prestations remboursables (LPPR ou LPP). CONDITIONS GÉNÉRALES - ANNEXES • 12

O

OPTAM / OPTAM-CO

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

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

Organismes d'Assurance Maladie

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

Organisme Assureur Complémentaire

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

P

Parcours de soins coordonnés

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

Participation forfaitaire

Une participation forfaitaire de 1 euro est demandée aux assurés sociaux de plus de 18 ans. Cette participation forfaitaire s'applique pour toutes les consultations et tous les actes réalisés par un médecin ainsi que sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.

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

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

R

Régime de base

Régime obligatoire intervenant en premier niveau de remboursement, couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Reste à charge

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

T

Ticket modérateur

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

Tiers payant

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