



Votre régime frais de santé

**NOTICE
D'INFORMATION**
Régime Cadres
ABC Hotels

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

www.umanens.fr

Notice d'Information

Sommaire

| | |
|--|----|
| <i>Préambule</i> | 2 |
| <i>Attestation de réception de la Notice d'information</i> | 3 |
| <i>Objet du Contrat</i> | 5 |
| <i>Bénéficiaires du Contrat</i> | 5 |
| <i>L'affiliation au Contrat et ses modalités</i> | 6 |
| <i>Maintien des garanties</i> | 8 |
| <i>Cotisations</i> | 10 |
| <i>Garanties</i> | 11 |
| <i>Les remboursements</i> | 12 |
| <i>Informations pratiques</i> | 13 |
| <i>Les annexes</i> | 14 |

Préambule

Les négociateurs de la Convention Collective Nationale de la branche ont mis en œuvre un régime frais de santé (mutuelle /complémentaire santé) obligatoire (Référence de la convention collective nationale en Annexe : IDCC et Numéro de Brochure au Journal Officiel).

Ce régime est applicable à l'ensemble des établissements et salariés de la branche.

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

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.

Attestation de réception de la Notice d'information

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

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

reconnais avoir reçu la Notice d'information relative au régime Frais de santé souscrit par mon employeur en application de la Convention Collective Nationale dont relève l'entreprise.

Réservé au salarié

À :

Le :

Signature



Objet du Contrat

Le Contrat Frais de santé souscrit par votre Employeur est un contrat collectif à adhésion obligatoire, présentant également des garanties à adhésion facultative.

Il a pour objet de faire bénéficier les salariés de l'Entreprise d'un régime de remboursement de frais de santé complémentaire aux prestations versées par le régime obligatoire d'assurance maladie.

La garantie socle choisie par l'employeur est à adhésion obligatoire pour les salariés.

Selon la garantie socle obligatoire choisie par votre entreprise, vous pouvez souscrire à une option de manière facultative.

Vous pouvez également faire bénéficier vos ayants droit de la même couverture que pour vous-même de manière facultative.

Bénéficiaires du Contrat

Qui bénéficie du Contrat ?

a. Vous, en tant que Salarié

Le Contrat bénéficie à l'ensemble des Salariés inscrits aux effectifs de l'entreprise souscriptrice/adhérente.

Seul le Salarié est couvert à titre obligatoire par l'Employeur, sauf dispositions spécifiques du régime frais de santé (voir en annexe).

Les Salariés souhaitant couvrir leurs ayants droit peuvent le faire à titre facultatif.

Les Salariés ne souhaitant pas être couverts pourront, le cas échéant, se prévaloir de l'une des dispenses d'adhésion prévues par la Convention Collective Nationale de la branche.

Les cas de dispenses d'adhésion au régime collectif obligatoire mis en place s'entendent dans le respect de l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité sociale.

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.

Vous ne pourrez bénéficier d'une dispense d'adhésion aux garanties que si vous en faites la demande expresse auprès de votre Employeur en lui adressant, le cas échéant, toute pièce permettant de justifier que votre situation correspond à l'un des cas de dispense d'adhésion d'ordre public ou prévu au régime collectif.

Vous ne bénéficierez plus de la dispense d'adhésion :

- A la date à laquelle vous ne remplirez plus les conditions ouvrant droit au bénéfice de l'une des dispenses d'adhésion;
- A la date à laquelle vous souhaitez renoncer à votre dispense d'adhésion, à condition d'en faire la demande par écrit auprès de votre employeur.

b. Vos ayants droit

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

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

On entend par ayant droit :

vos conjoint, partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou concubin.

- 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.

Pour le conjoint travailleur non salarié, les remboursements sont effectués sur les mêmes bases que pour les autres bénéficiaires du Contrat.

les enfants 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 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.

L'affiliation au Contrat et ses modalités

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

a. Affiliation aux garanties souscrites par votre Employeur

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

■ Votre affiliation à titre obligatoire

Quelles sont les modalités d'affiliation ?

Votre affiliation au régime Frais de santé mis en place par votre Employeur est formalisée par la signature d'un Bulletin Individuel d'Affiliation.

Quand votre affiliation prend-elle effet ?

Elle prend effet :

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

■ Affiliation de vos ayants droit à titre facultatif

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

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

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

L'affiliation de vos ayants droit prend effet :

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

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

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

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

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

Si votre ayant droit vient à bénéficier, par ailleurs, d'une couverture à titre obligatoire, vous pourrez demander à tout moment la dénonciation de la couverture facultative de celui-ci, sous réserve de la production d'un justificatif actant de l'adhésion de votre ayant droit à un régime obligatoire, datant de moins de 3 mois.

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

En cas de dénonciation, toute nouvelle demande de couverture de vos ayants droit ne pourra intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai de 2 ans, sauf événement intervenant dans la vie professionnelle de votre 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 posées ci-dessus.

b. Affiliation facultative aux garanties optionnelles

Quelles sont les modalités d'affiliation aux garanties optionnelles ?

Vous avez la possibilité d'améliorer pour vous-même et pour vos ayants droit, le niveau de garanties choisi par votre Employeur en

demandant votre affiliation à titre facultatif à l'option mise en place par le régime conventionnel.

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

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

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

L'affiliation aux garanties optionnelles prend effet :

- À la date de prise d'effet de votre affiliation à titre obligatoire au 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.

Peut-on modifier l'option choisie ?

Vous pourrez modifier chaque année l'option choisie pour vous-même et vos 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 Individuel d'Affiliation mis à disposition par l'employeur) :

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 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 qu'après 24 mois, postérieurement à la souscription de l'option en cours.

Il vous sera toujours possible de dénoncer annuellement les garanties optionnelles souscrites, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressé 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.

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

Pouvez-vous dénoncer l'option choisie ?

Vous pouvez dénoncer chaque année l'option souscrite, 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 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 2 ans.

DROIT DE RENONCIATION AUX GARANTIES FACULTATIVES 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 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 au gestionnaire du contrat ou à l'Organisme assureur :

- 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 votre adhésion à compter de la date de réception de votre demande. Toutefois, ce droit ne peut plus être exercé si vous avez demandé l'exécution anticipée des garanties en cas d'adhésion à distance, ou lorsque les garanties sont mises en œuvre en connaissance de cause par vous ou vos ayants droit, en cas de démarchage.

En cas d'exercice de la faculté de renonciation, l'adhésion à la garantie facultative est annulée. Le salarié ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru. Le gestionnaire restitue le solde de la cotisation au plus tard trente (30) jours après la réception de la lettre de renonciation.

c. Cessation de l'affiliation

Votre affiliation au Contrat cesse :

- à la date de liquidation de votre pension de retraite auprès de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur;
- à la date de rupture de votre contrat de travail (au terme du préavis, effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité telles qu'elles sont prévues dans la présente Notice d'information;
- à la date de votre décès ;
- pour vos ayants droit, dès lors qu'ils ne répondent plus à la définition des ayants droit telle que prévue à la présente notice d'information, et en tout état de cause à la même date que le salarié;
- à la date de résiliation du Contrat par l'Organisme assureur ou par votre Employeur.

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

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

d. Vos obligations

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

Maintien des garanties

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

a. Portabilité des droits : salariés indemnisés par Pôle emploi

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

■ Prise d'effet et durée

- Le maintien de garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail ;
- La durée de ce maintien est égale à la période d'indemnisation par Pôle emploi, dans la limite de la durée de votre dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de vos derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même Employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

■ Conditions d'indemnisation

Le maintien de garanties est subordonné aux conditions suivantes :

- que vous ayez ouvert vos droits à remboursements complémentaires lorsque vous étiez en activité auprès de l'Employeur ;
- que vous justifiiez mensuellement auprès de l'Organisme assureur de votre indemnisation chômage.

■ Formalités

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

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

■ Financement

Le mécanisme de portabilité est financé par la mutualisation.

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

■ Cessation des garanties :

Les garanties cessent obligatoirement :

- lorsque vous cessez de percevoir les allocations du régime d'assurance chômage et, au plus tard, au terme de la période de maintien des garanties prévue à l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale,
- à la date de résiliation du contrat souscrit par votre Employeur.

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

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

Sont admis au bénéfice de ce dispositif :

- les anciens Salariés obtenant la liquidation de leur pension de vieillesse de la Sécurité sociale, à condition d'avoir été affiliés au 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 personnes garanties du chef du Salarié décédé, pendant une durée minimale de douze 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 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 prévue à l'article 4 de la loi Evin sera intégralement à la charge de l'ancien Salarié.

L'Organisme assureur du contrat collectif obligatoire mis en place par l'Employeur adresse 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.

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

c. Suspension du contrat de travail indemnisée

Votre affiliation est maintenue en cas de suspension de votre contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors que vous bénéficiez, durant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires (notamment en cas de maladie ou d'accident, d'origine professionnelle ou non professionnelle) financés au moins pour partie par votre Employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Votre Employeur verse la même contribution que pour les Salariés actifs durant toute la période de suspension du contrat de travail.

Parallèlement, vous devez obligatoirement continuer à vous acquitter de votre propre part de cotisation.

Vous-même, ainsi que, le cas échéant, vos ayants droit affiliés au contrat, continuerez donc à bénéficier des garanties prévues par le régime mis en place par votre Employeur.

d. Suspension du contrat de travail non indemnisée

Si votre contrat de travail est suspendu et que vous ne bénéficiez pas d'un maintien total ou partiel de salaire, ou du versement d'indemnités journalières complémentaires (par exemple en cas de congé sans solde, congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise ou les salariés en état d'invalidité), vous ne bénéficiez pas du maintien du régime de complémentaire santé.

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

Elle s'achève dès la reprise effective du travail, sous réserve que l'Organisme assureur en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise, faute de quoi la date de remise en vigueur des garanties pour vous-même et, le cas échéant, pour vos ayants droit, sera la date à laquelle l'Organisme assureur aura été informé de la reprise effective du travail.

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

Toutefois, les Salariés concernés pourront, s'ils le souhaitent, continuer à bénéficier du régime de complémentaire santé pendant la période de suspension de leur contrat de travail, dans les conditions fixées aux contrats de garanties collectives, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale) directement auprès de l'Organisme assureur.

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

Cotisations

Quel est le montant des cotisations ?

En application de la Convention Collective Nationale, le financement des garanties est assuré par le versement de cotisations exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour de leur exigibilité, ou en euros (€).

Le taux de la cotisation est indiqué au Bulletin d'Individuel d'Affiliation.

Quelles sont les modalités de paiement des cotisations ?

a. Garanties souscrites à titre obligatoire par l'Employeur

Les garanties obligatoires sont mises en œuvre en contrepartie d'une cotisation financée a minima à hauteur de 50% par votre Employeur quel que soit votre régime effectif d'affiliation (régime général ou régime local Alsace-Moselle).

Votre participation est directement précomptée par votre Employeur sur votre fiche de paie.

b. Garanties optionnelles et couverture facultative de vos ayants droit

- La couverture facultative de vos ayants droit est entièrement à votre charge en contrepartie d'une cotisation additionnelle (cotisation précisée dans le Bulletin Individuel d'Affiliation) ; sauf dispositions spécifiques du régime frais de santé (voir annexe et Bulletin Individuel d'Affiliation).
- La cotisation additionnelle servant au financement du niveau de garanties optionnel pour vous-même et vos éventuels ayants droit est également entièrement à votre charge.
- Cette cotisation est directement prélevée sur votre compte bancaire à terme échu (ou selon les modalités spécifiques prévues sur le Bulletin Individuel d'Affiliation).

Quelles sont les conséquences du non-paiement des cotisations ?

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

Lors de la mise en demeure, vous êtes 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 votre 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 que vous avez versées antérieurement.

Garanties

Comment sont déterminées les 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 de la branche (voir références de la convention en annexe).

Ces garanties sont conformes :

- à réglementation relative aux « contrats responsables », définie aux articles L. 871-I, R. 871-I 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.

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.

Les garanties prévues par le contrat sont présentées en annexe à la présente Notice d'information.

Précisions relatives au contrat responsable

1 - 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, est 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 l'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,
- **l'intégralité des frais exposés par l'adhérent pour les dispositifs médicaux d'optique médicale et les soins dentaires prothétiques appartenant à une classe à prise en charge renforcée (panier 100% santé)**. A compter du 1^{er} janvier 2021, cette prise en charge intégrale est étendue aux frais exposés 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 les dispositifs médicaux d'optique médicale (et les 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.

Précisions relatives à la prise en charge des garanties optique, aide auditive et dentaire.

- **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 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 situations médicales particulières, tels que défini par arrêté.

La date retenue pour le calcul du renouvellement de l'équipement optique 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 1^{er} 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.

- **Prothèses dentaires et orthodontie** : conformément à l'article L.911-7 du code de la sécurité sociale (panier de soins ANI), la prise en charge minimum s'élève à 125% de la base de remboursement (y compris remboursement de la Sécurité sociale) pour les soins dentaires prothétiques et les soins d'orthopédie dentofaciale appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée (panier 100% Santé).

2 – Prestations non prises en charge au titre du contrat responsable

Le présent Contrat ne prend pas en charge :

- la majoration de la participation du Salarié et, le cas échéant, 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 Salarié et, le cas échéant, 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.

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.

Quelles sont les modalités de calcul des garanties ?

a. Montants retenus

Les garanties prévues par le présent contrat sont exprimées :

- en pourcentage de la Base de remboursement («BR») de l'Assurance Maladie obligatoire applicable au moment de la survenance de l'événement ;
- en forfait euros («€»), c'est-à-dire sous forme d'un montant en euros.

b. Calcul des prestations en secteur non conventionné

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

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

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

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

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

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

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

d. Principe indemnitaire

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 votre charge ou, le cas échéant, à la charge de votre ayant droit, après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

Le contrat prévoit-il d'autres services?

e. Services associés

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

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

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

Les remboursements

Quelles sont les formalités de règlement des prestations ?

Les prestations sont traitées :

- soit par échange NOEMIE (télétransmission entre les Organismes d'Assurance maladie et l'Organisme assureur), sauf opposition écrite lors de l'affiliation de votre part, ou le cas échéant, de la part de votre 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 vous, ou le cas échéant, votre ayant droit, avez refusé la télétransmission.

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

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

En application des articles L. 221-11 du Code de la mutualité, vous-même ou, le cas échéant, votre ayant droit, devez produire vos demandes de prestations dans un délai maximum de deux années.

Ce délai commence à courir à compter :

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

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

Quels sont les délais de paiement des prestations ?

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

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

Les prestations sont versées :

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

Qu'en est-il des frais supplémentaires ?

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

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

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

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

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

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

Informations pratiques

a. Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées dans la présente Notice d'information sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, selon les modalités fixées par les articles L. 221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (notamment une citation en justice, un titre exécutoire, la reconnaissance d'un droit) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Organisme assureur à l'Employeur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par vous-même ou, le cas échéant, vos ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Recours contre tiers

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

b. Informatique et Libertés

Les informations vous concernant ou concernant, le cas échéant, vos 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'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, sous réserve de votre consentement.

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. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité sur les informations vous 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.

c. Réclamation et Médiation

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

Les réclamations concernant l'application du Contrat peuvent être adressées à l'Organisme assureur choisi par l'Employeur 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 de l'Organisme assureur dont les coordonnées figurent en annexe de la présente notice d'information.

Dans tous les cas, il recevra un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum à compter de la réception de sa réclamation sauf si une réponse est apportée dans ce délai. Le cas échéant, le bénéficiaire recevra une réponse au plus tard 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 (voir annexe).

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 d'un an après cette réclamation, le réclamant peut saisir le Médiateur désigné par l'Organisme assureur, et dont les coordonnées figurent en annexe de la présente notice d'information.

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.

d. 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 61, rue Taitbout – 75436 PARIS Cedex 9.

Les 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 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 | 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 |
| Forfait journalier hospitalier (1) | 100% FR |
| Chambre particulière (y compris maternité) sans limitation de durée | 3 % du PMSS/J |
| 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 | 300% 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 | 300% BR - Rbt SS |
| Electroradiologie OPTAM/OPTAM-CO | 300% BR - Rbt SS |
| Electroradiologie hors OPTAM/OPTAM-CO | 130% BR - Rbt SS |
| Actes de spécialités OPTAM/OPTAM-CO | 250% BR - Rbt SS |
| Actes de spécialités HORS OPTAM/OPTAM-CO | 130% BR - Rbt SS |
| Frais de transport | 300% BR - Rbt SS |
| PHARMACIE | |
| Frais pharmaceutiques | 100% BR - Rbt SS pour la pharmacie prise en charge par la S.S. |
| Pilule et patch contraceptif non remboursés par la S.S. (an/ bénéficiaire) | 3% PMSS |
| DENTAIRE* | |
| Soins et prothèse 100% santé | 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) | 470% BR |
| Prothèses (paniers libre et maîtrisé) (4) | |
| 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. | 470% BR - Rbt SS |
| Inlay / onlay non remboursée par la S.S. | 300% BR - Rbt SS |
| Dents du sourire remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant) (5) | 400% BR - Rbt SS |
| Dents du sourire non remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant)(5) ** | 350% BR - Rbt SS |
| Dents de fond de bouche remboursées par la S.S.(6) (y compris prothèse sur implant) | 400% BR - Rbt SS |
| Dents de fond de bouche non remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant) (6) ** | 350% BR - Rbt SS |
| Orthodontie remboursée par la S.S. | 335 % BR - Rbt SS |
| Orthodontie non remboursée par la S.S. | 150 % BR - Rbt SS |
| Implants dentaires | 18% PMSS / an / bénéficiaire |
| Pilier ou inlay core sur implant | 8% PMSS / an / bénéficiaire |
| 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'appariage 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'appariage du panier libre | 100% BR - Rbt SS |
| Lentilles remboursées ou non par la S.S. (y.c. jetables) | 10% PMSS / an / bénéficiaire |
| Chirurgie de la myopie (/œil/an/bénéficiaire) | 16% PMSS / œil |
| 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 naissance multiple) | 20% PMSS |
| CURE THERMALE REMBOURSEE PAR LA S.S | |
| Cures thermales | 150% BR - Rbt SS |
| PRÉVENTION | |
| Sevrage tabagique an/bénéficiaire | 2,60% PMSS / an /bénéficiaire |
| Ostéodensitométrie | 300% BR - Rbt SS |
| 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. (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 1 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

Equipement mixte 2020
 V Simple + V Complexe (A+C)
 V Simple + V T Complexe (A+F)
 V Complexe + V T Complexe (C+F)

B
 D
 E

| Forfait par verre en € | Transco | Catégorie 2020 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 | 277,00 |
| 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 | 222,00 |
| sphère < -6 et cylindre >= + 0,25 | V COMPLEXE | C | 277,00 |
| sphère > 0 et sphère + cylindre > +6 | V COMPLEXE | C | 277,00 |
| Verres multifocaux ou progressifs sphériques | | | |
| sphère comprise entre -4 à +4 | V COMPLEXE | C | 250,00 |
| 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 | 300,00 |
| sphère > 0 et sphère + cylindre <= + 8 | V COMPLEXE | C | 300,00 |
| 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 |

| Equipement Mixte constitué de deux verres de catégories distinctes | | | |
|---|--|---|-------------------------------|
| Equipement Verre composé de catégories distinctes | | B | plafond : contrat responsable |
| Equipement Verre composé de catégories distinctes | | D | plafond : contrat responsable |
| Equipement 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).

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.